

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.

La 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.

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

Article 2 - Siège de la mutuelle

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

Article 3 - Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet, directement ou indirectement :

- 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'encourager la maternité, d'assurer la protection de l'enfance, de la famille, des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées ;
- 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'assurer des aides exceptionnelles, des prêts et des avances spéciales ;
- 6** - d'apporter la caution solidaire de la mutuelle à certaines catégories de prêts immobiliers contractés par les adhérents (branche 15) ;
- 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 interministérielles et du ministère de l'Education nationale ;

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

La 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.

La MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

La 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.

Article 5 - Délégation de gestion

La 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 et de résiliation

Section 1 - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

1° Champ de recrutement individuel

La 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,
- information et orientation scolaire,
- formation et insertion professionnelle,
- apprentissage,
- culture,
- patrimoine,
- recherche,
- écologie et développement durable,
- jeunesse et sports.

Ce champ de recrutement comprend :

- les fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant l'une des activités précitées au sein de l'une des fonctions publiques, d'un établissement public ou d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel,
- l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant une activité professionnelle au sein d'une collectivité publique (ministère, collectivité territoriale ou établissement public) ou d'un de ses services dès lors que cette collectivité ou son service a compétence dans l'un des secteurs d'activités précités,
- l'ensemble des salariés exerçant au sein d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel, dédié à l'une des activités précitées.

Le champ de recrutement comprend également :

- les étudiants préparant les concours de l'Education nationale et remplissant les conditions cumulatives suivantes :
 - ne pas relever du champ de recrutement de la MGEN tel que défini aux deux précédents paragraphes du présent article, en tant que membre participant ou bénéficiaire enfant étudiant,
 - être inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur,
 - être affilié au régime de Sécurité sociale des étudiants ou pour les étudiants salariés, être affilié à un régime salarié ou être affilié à un autre régime de Sécurité sociale, dans la limite de l'âge d'affiliation au régime étudiant,
 - être inscrit à l'un des concours de l'Education nationale.
- les personnels de la MGEN, des mutuelles et des organismes créés par elle ou une autre entité du groupe MGEN.

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

2° Champ de recrutement collectif

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

Dans ce cas, l'adhérent bénéficie exclusivement de l'offre prestataire proposée dans le cadre d'une adhésion individuelle.

Les personnes auxquelles une adhésion à titre collectif est proposée ne peuvent prétendre à une adhésion à titre individuel à la MGEN.

Article 8 - Modalités d'adhésion

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,

- justifiant des conditions de délai mentionnées à l'article 9 des statuts,
- 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, et qui permet par ailleurs, et du fait de cette activité, l'ouverture des droits Sécurité sociale.

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

2° Adhésion au titre d'un contrat collectif

Adhèrent à la mutuelle, dans le cadre d'un dispositif conventionnel collectif, en qualité de membres participants, les personnes visées à l'article 7-2° des présents statuts :

- justifiant des conditions de délai mentionnées à l'article 9 des statuts,
- et qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'inscription.

Article 9 - Adhésion en qualité de membre participant

Il est considéré qu'il est fait acte d'adhésion à la date où le dossier complet et signé du candidat à l'adhésion a été réceptionné par la section départementale.

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 et du délai d'adhésion explicité au paragraphe ci-après, l'adhésion à la mutuelle s'effectue :

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

1° Délai

La demande d'adhésion doit se faire au plus tard :

- a) le 31 décembre de l'année qui suit celle de l'entrée dans le champ de recrutement défini à l'article 7 sous réserve que les conditions d'adhésion visées à l'article 8-1° ou 8-2° soient remplies ;
- b) dans les trois mois qui suivent le décès du membre participant pour la veuve ou le veuf bénéficiaire conjoint de ce dernier.

2° Demandes d'adhésion intervenues au-delà du délai défini au 1° du présent article

Le conseil d'administration examine les demandes des personnes ayant fait l'objet d'un refus d'adhésion pour dépassement du délai. Toute décision favorable est assortie de délais d'attente et d'une participation de solidarité correspondant à 2 mois de cotisation par année non cotisée. Dans tous les cas, la participation de solidarité ne peut pas être supérieure à 24 mois de cotisation.

Article 10 - Membres participants

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

Le membre participant de la MGEN, adhèrent à la mutuelle à titre individuel ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif, est membre participant de toutes les mutuelles qu'elle a créées en application de l'article L.111-3 du Code de la mutualité : MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia. Il n'a pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants sont regroupés en différentes catégories :

I - Les membres participants actifs et les étudiants préparant les concours de l'Education nationale tels qu'ils sont définis à l'article 7 des présents statuts.

II - Les membres participants retraités :

- 1) Le fonctionnaire qui adhère à la MGEN au moment de la cessation de son activité et qui perçoit une pension de l'administration.
- 2) Le retraité du régime général ayant acquis la qualité d'adhérent pendant la période d'activité.

III - Les membres participants rattachés à la Section extra métropolitaine (SEM)

Les membres participants rattachés à la SEM, actifs, retraités, veufs et veuves, sont répartis en deux groupes ainsi définis :

- 1) Les personnes bénéficiaires d'une couverture sociale de base (CSB) tant en France qu'à l'étranger,
- 2) Les personnes bénéficiaires d'une couverture sociale de base (CSB) partielle, soit en France, soit à l'étranger.

IV - Les membres participants « maintenus », membres participants rattachés à une section départementale ou à la SEM, en situation de cessation temporaire d'activité pour congé parental, convenance personnelle ou disponibilité.

V- Les membres participants veufs

Le veuf ou la veuve d'un membre participant peut faire partie de la MGEN en tant que membre participant s'il appartenait à la MGEN au décès du membre participant, en qualité de bénéficiaire.

Article 11 - Membres bénéficiaires

I. Les bénéficiaires conjoints

1. Dispositions générales

Le membre participant peut étendre la couverture familiale :

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

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

Ce dernier acquiert alors la qualité de bénéficiaire conjoint.

L'extension de la couverture familiale doit se faire au plus tard le 31 décembre de l'année suivant celle :

- de la date d'adhésion du membre participant,
- ou de la date de mariage, d'enregistrement du PACS, du début de concubinage.

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

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

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

2. Disposition particulière

Le conseil d'administration examine les demandes d'extension de la couverture familiale ayant fait l'objet d'un refus pour dépassement du délai défini au paragraphe 1 du présent article. Toute décision favorable est assortie de délais d'attente et d'une participation de solidarité correspondant à 2 mois de cotisation par année non cotisée. Dans tous les cas la participation de solidarité ne peut pas être supérieure à 24 mois..

II. Les bénéficiaires enfants

Le membre participant peut étendre la couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant.

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

L'enfant doit par ailleurs répondre à l'une des situations suivantes :

1. Être âgé de moins de 18 ans
 - et le cas échéant, avoir un salaire annuel inférieur à 12 fois le salaire mensuel d'appoint limite (SMAL) retenu par les caisses d'allocations familiales.
2. Être âgé de 18 ans à 28 ans, et
 - malade à charge ou,
 - sans emploi ou,
 - dont le salaire annuel est inférieur à 12 fois le salaire mensuel d'appoint limite (SMAL) retenu par les caisses d'allocations familiales.
3. Sans condition d'âge
 - si l'enfant bénéficie de l'allocation Handicap ou Soins coûteux durables et dispose d'un salaire inférieur à 165 % du SMAL,

- si l'enfant relève d'une mesure de protection assumée par la MGEN.

Sont exclus de cette catégorie, les enfants remplissant les conditions requises pour être admis dans la catégorie des bénéficiaires étudiants définie au III du présent article.

Peuvent être bénéficiaires enfants, les enfants à charge quel que soit le lien juridique avec le membre participant ou son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin. Les bénéficiaires enfants peuvent être des enfants légitimes, naturels reconnus ou non, adoptés, ou ayants droit Sécurité sociale en qualité d'enfants recueillis.

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

III. Les bénéficiaires enfants étudiants

Le membre participant peut étendre la couverture familiale à son enfant étudiant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant étudiant, si ce dernier répond aux conditions suivantes :

- avoir 16 ans ou plus avant la date du 1^{er} octobre de l'année universitaire en cours,
- être affilié au régime de Sécurité sociale des étudiants,
- percevoir un salaire annuel inférieur à 12 fois le salaire mensuel d'appoint limite (SMAL) retenu par les caisses d'allocations familiales.

Peuvent être bénéficiaires enfants étudiants, les enfants à charge quel que soit le lien juridique avec le membre participant ou son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin. Les bénéficiaires enfants étudiants peuvent être des enfants légitimes, naturels reconnus ou non, adoptés, recueillis.

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

Article 12 - Modalités d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

Toute demande d'adhésion et/ou d'extension de la couverture familiale doit être adressée au comité de section à qui il appartient de statuer.

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.

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

- du mois qui suit la demande,
- ou du mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de 4 mois.

Si la demande d'adhésion est présentée dans les 3 mois qui suivent l'entrée dans le champ de recrutement, le membre participant peut opter pour une prise d'effet de cette adhésion à la date d'entrée dans le champ de recrutement.

Si la demande d'extension de la couverture familiale est présentée dans les 3 mois qui suivent la date du mariage, la date d'enregistrement du pacte civil de solidarité (PACS) ou le début de la vie maritale, le membre participant peut opter pour une prise d'effet de cette extension à cette date.

Section 2 - Démission et résiliation

Article 13 - Démission

1^o Démission à effet du 1^{er} janvier

La couverture complémentaire proposée par la mutuelle est annuelle. Le membre participant a, par conséquent, la faculté de mettre fin à son adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année qui suit celle en cours en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à l'attention du président de la MGEN, adressée à la section départementale dont il dépend au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre. À défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1^{er} janvier.

2° Démission en cours d'année

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

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

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

3° Décès du membre participant

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

Article 14 - Résiliation

1° La résiliation de la couverture familiale

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

2° La résiliation pour sortie du champ de recrutement

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement, la mutuelle met fin à l'adhésion.

La résiliation prend effet le 1^{er} jour du 2^e mois suivant celui où le membre participant en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

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 résiliation.

Les membres participants et/ou les bénéficiaires, dont la couverture familiale a été résiliée, peuvent, dès qu'ils remplissent à nouveau les conditions statutaires mentionnées aux articles 7 et 8-1° ou 8-2° des statuts, être réadmis sans verser de participation de solidarité et sans accomplir les stages prévus au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Les membres participants qui sollicitent :

- leur réintégration,
- ou la réadmission de leurs bénéficiaires conjoints ayant fait l'objet d'une résiliation dans les conditions prévues à l'alinéa ci-dessus,

doivent adresser leur demande au comité de section, dans un délai expirant le 31 décembre de l'année qui suit celle au cours de laquelle le lien permettant la réadmission est rétabli statutairement.

Article 15 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non paiement des cotisations

A. 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.

B. Résiliation

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

la résiliation intervient au terme de la période annuelle considérée.

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

Article 16 - 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 17 - Conséquences de la démission et de la résiliation

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

La démission ou la résiliation d'une mutuelle entraîne la perte de la qualité de membre participant de toutes les mutuelles qu'elle a créées.

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

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions du droit étaient antérieurement réunies, sous réserve des dispositions relatives à la forclusion, prévues aux règlements mutualistes.

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

Aucune demande de réintégration à la mutuelle après démission ou résiliation n'est acceptée.

Chapitre 3

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

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

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

Article 18 - Champs de recrutement

En application du décret précité :

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

Chaque employeur public peut définir :

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

1° - Définition de catégories supplémentaires de membres participants dans le cadre du référencement du ministère de l'Éducation nationale :

- veuf(ve)s,
- orphelins d'au moins 16 ans et de moins de 28 ans,

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

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

- veuf(ve)s des agents ou retraités appartenant au champ de référencement.

Les membres participants de la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes sont membres participants de la MGEN et de MGEN Vie. Les dispositions du règlement mutualiste 1 « Dispositions générales applicables aux membres participants et bénéficiaires MGEN » s'appliquent à eux. Ils bénéficient à ce titre et exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste 3 de la MGEN et au règlement mutualiste 2 de MGEN Vie.

Article 19 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :

- de la condition d'activité principale prévue à l'article 8 des présents statuts,
- du délai prévu aux articles 9 et 11 des présents statuts,
- des conditions d'adhésion prévues à l'article 10-II des présents statuts pour les retraité(e)s.

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

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

Article 20 - Règles spécifiques de résiliation

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

En conséquence, dans le cadre de la labellisation du règlement mutualiste 3 obtenue par la MGEN, les dispositions prévues au chapitre 2 s'appliquent, sous réserve des dispositions prévues au présent chapitre.

Article 21 - Champ de recrutement

Les fonctionnaires et agents des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés, titulaires et non titulaires, bénéficient à ce titre et exclusivement du règlement mutualiste 3.

En application du décret d'application précité :

- le champ de recrutement est celui défini par l'employeur public pour la labellisation.
- sont membres participants les fonctionnaires, agents non titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés.

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

- veuf (ves),
- orphelins d'au moins 16 ans et de moins de 28 ans,

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

La MGEN proposera ce règlement mutualiste 3 aux fonctionnaires et agents des Départements et Régions et de leurs établissements publics rattachés, ainsi qu'aux fonctionnaires et agents territoriaux concourant au service public d'éducation.

Article 22 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :

- de la condition d'activité principale prévue à l'article 8 des présents statuts,
- du délai prévu aux articles 9 et 11 des présents statuts,
- des conditions d'adhésion prévues à l'article 10 II des présents statuts pour les retraités.

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

Article 23 - Règles spécifiques de résiliation

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

Titre 2

Administration de la mutuelle

Chapitre 1

Assemblée générale

Section 1 - Composition et élection

Article 24 - Composition

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

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

Article 25 - Élection des délégués

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

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

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

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

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

1 - Candidatures

Les candidatures des délégués à l'assemblée générale sont recueillies au cours de la réunion du comité de section ou du

comité de gestion dont l'ordre du jour comporte la préparation des élections.

Peuvent être candidats :

- les membres du comité de section ou de gestion ;
- les détachés auprès de la MGEN exerçant leur activité à la section.

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 27 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

Article 28 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

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

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

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

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 28.1 et 28.3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 30 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

- les modifications des statuts,
- les activités exercées par la mutuelle,
- le montant des droits d'entrée,
- les montants ou taux de cotisations,
- les prestations offertes,
- 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,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- 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,
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- la nomination des commissaires aux comptes,
- les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- la conclusion d'une convention de substitution,
- 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,
- le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission.

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

Article 31 - Force exécutoire des décisions

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

Article 32 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

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

Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 33 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 54 membres.

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 40 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 34 - Statut des administrateurs

1- Mise à disposition

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

Le nombre maximum des postes pouvant être occupés par des fonctionnaires du ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ainsi mis à disposition est fixé à 60.

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 la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées, ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Article 35 - Représentation des salariés

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

1 - Électeurs

Les représentants des salariés de la mutuelle sont élus par les membres titulaires du comité d'établissement et les délégués du personnel titulaires, en fonction au moment du dépôt des candidatures. Chaque électeur dispose d'une voix. En cas de cumul de mandats de représentant élu au comité d'établissement et de délégué du personnel, le titulaire indique en quelle qualité il prend part au vote. Dans cette hypothèse, le titulaire et le suppléant de la fonction qui n'a pas été choisie, participent au vote.

2 - Candidatures

Les candidatures sont individuelles.

Peuvent être candidats les salariés remplissant les conditions suivantes :

- sous contrat à durée indéterminée ayant au moins un an d'ancienneté au moment de l'élection,
- âgés de plus de 18 ans,
- n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L. 6 et L. 7 du Code électoral.

3 - Élections

Le vote a lieu à bulletin secret au moyen du matériel fourni par la mutuelle.

Les deux candidats ayant recueilli le plus grand nombre de voix sont élus pour 5 ans.

En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au candidat le plus ancien dans un emploi au sein de la mutuelle.

4 - Vacance

En cas de vacance, il est pourvu au remplacement par le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix immédiatement après les représentants élus.

5 - Obligation de discrétion

Les représentants des salariés sont tenus à une obligation de discrétion, notamment à l'égard des questions présentées comme telles par le président de séance.

6 - Incompatibilités

Les fonctions de représentant des salariés au conseil d'administration sont incompatibles avec l'exercice d'une fonction de représentation de l'organisme employeur dans quelque délégation que ce soit.

Article 36 - Formation des administrateurs

La mutuelle propose à ses administrateurs un programme de formation.

Section 2 - Réunions

Article 37 - 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 38 - 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 39 - Règles de quorum et de majorité

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

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

Article 40 - Démission d'office

Les membres du conseil d'administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'assemblée générale la plus proche.

Section 3 - Attributions

Article 41 - 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 un rapport sur le contrôle interne qui est transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel,
- statue, à la majorité des deux tiers sur la cession en réassurance,
- adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle,
- établit le rapport de solvabilité prévu à l'article L. 212-3 du Code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L. 212-6 du Code de la mutualité.

En ce qui concerne la gestion de la Sécurité sociale, seul le conseil d'administration de la MGEN peut être juridiquement rendu responsable.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 42 - Délégations de pouvoirs

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

- au président,
- 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 43 - 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 44 - Vacance

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

Article 45 - Missions du président

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

Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage ou ordonnance les dépenses.

Il représente la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, la gestion des mesures de protection qui lui sont confiées par les juges des tutelles en application du titre onzième du Code civil, à un élu d'une instance de la MGEN, à un personnel mis à disposition ou détaché à la MGEN, à un membre participant de la MGEN.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs aux membres du bureau national.

Section 2 - Élection, composition et missions du bureau

Article 46 - 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 47 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

- un président,
- un vice-président délégué,
- un secrétaire général,
- un trésorier général.

Article 48 - Délégation des membres du bureau

Le bureau national peut déléguer partie de ses pouvoirs au bureau national de MGEN Union.

Les membres du bureau national peuvent, sous leur responsabilité et leur contrôle, confier à des salariés de la mutuelle l'exécution de certaines tâches qui leur incombent, et leur déléguer leur signature pour des objets nettement déterminés.

Article 49 - Secrétaire général

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

Article 50 - Trésorier général

Le trésorier général effectue les opérations financières de la mutuelle et tient la comptabilité.

Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le président et fait encaisser les sommes dues à la mutuelle.

Il fait procéder selon les directives du conseil d'administration, à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il présente au conseil d'administration un rapport annuel sur la situation financière de la mutuelle.

Chapitre 4

Organisation des sections

Section 1 - Les sections

Article 51 - 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, est situé à l'étranger ou dans les territoires d'outre-mer. Ces membres participants constituent la section de vote.

Section 2 - Administration des sections

Article 52 - Administration des sections départementales

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

A1 - Conditions d'éligibilité

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

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

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

A2 - Contestations

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

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

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

Le litige doit être soumis par lettre recommandée au président de la 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 du conseil d'administration de MGEN Union sont membres de droit du comité de leur section de rattachement, de son bureau et des commissions.

C - Membres du bureau départemental

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

Le bureau comprend :

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

D - Assemblée départementale et assemblée générale de section de vote

Les membres participants se réunissent en assemblée départementale et en assemblée générale de section de vote.

L'ordre du jour de ces assemblées est fixé par le comité de section conformément aux instructions du conseil d'administration. Les membres participants du groupe MGEN sont informés de la date et du lieu de ces assemblées par la revue nationale d'information.

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue

- de l'assemblée départementale,
- de l'assemblée générale de section de vote.

L'assemblée départementale est un cadre de débat et d'échange, préparatoire à l'assemblée générale.

Au cours de l'assemblée départementale, l'assemblée générale de section de vote se réunit pour élire les délégués titulaires et les délégués suppléants aux assemblées générales.

Article 53 - Administration de la section extra métropolitaine

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

La SEM définie à l'article 52, est administrée par un comité de gestion composé :

- des détachés auprès de la MGEN exerçant leur activité à la SEM,
- des membres du conseil d'administration désignés par lui,
- de 3 adhérents élus relevant de la SEM.

A- Membres élus

Les membres élus du comité de gestion le sont pour 2 ans par les membres participants rattachés à la section et doivent être issus de pays ou territoires d'outre-mer distincts.

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 53-A1 des statuts pour les membres des comités de section.

A2 - Suppléance

Les 3 candidats non élus, issus de pays ou territoires d'outre-mer distincts de ceux dont sont issus les élus titulaires, ayant obtenu le plus grand nombre de voix, constituent les membres du comité de gestion suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

A3 - Vacance

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

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

A4 - Contestations

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

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

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

Le litige doit être soumis par lettre recommandée au président de la mutuelle, dans les 21 jours qui suivent la publication du procès verbal de l'élection (la date de première présentation du recours faisant foi).

B - Membres de droit

Les membres du conseil d'administration de MGEN Union sont membres de droit du comité de gestion.

Section 3 - Fonctionnement des sections

Article 54 - 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 des sections,
- le projet de section.

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

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

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

- veiller aux délégations de responsabilité et désignations représentatives,

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

Chapitre 5

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 55 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- les cotisations globales des membres participants et bénéficiaires,
- la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres et dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultants de l'activité de la mutuelle,
- et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

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

Article 56 - 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,
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- 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 57 - 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. Il peut déléguer la réalisation de ces opérations au trésorier.

Article 58 - 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 26-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 59 - Marge de solvabilité

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

Article 60 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 61 - 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.225-219 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 62 - 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 6

Fonctionnaires détachés à la MGEN

Article 63 - 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 de ses établissements à caractère administratif, sanitaire, social, médico-social, culturel ou de formation,
- de président, directeur ou délégué de ses sections départementales.

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 350.

Titre 3

Obligations de la mutuelle envers l'union mutualiste de groupe (UMG) « Groupe Istya »

Article 64 - Respect des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe (UMG) « Groupe Istya », 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 statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation conclue avec elle, et notamment au respect des dispositions y figurant relatives :

- aux pouvoirs de contrôle de l'UMG, en ce qu'ils obligent la mutuelle à demander l'accord du conseil d'administration de l'UMG ou à l'informer, selon les cas, préalablement à la réalisation d'opérations précisément définies ;
- aux pouvoirs de sanction de l'UMG, lesquels peuvent être mis en œuvre en cas de non respect de tout engagement souscrit par la mutuelle dans le cadre de l'UMG, et peuvent notamment consister en la participation d'un représentant de l'UMG au conseil d'administration et/ou à l'assemblée générale de la mutuelle.

Titre 4

Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 65 - Respect des statuts et règlement(s)

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

Toute personne qui souhaite être membre de la MGEN, au titre d'un dispositif conventionnel collectif, fait acte d'inscription au contrat collectif et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements et de la notice d'information formée par les règlements mutualistes 1 et 2 de la MGEN et le contrat souscrit entre la personne morale et la MGEN.

Cette adhésion, à titre individuel ou collectif, emporte adhésion à MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia.

La signature du bulletin unique d'adhésion, au titre des adhésions individuelles, ou du bulletin unique d'inscription, au titre des adhésions collectives, emporte acceptation des dispositions des statuts de la MGEN, de MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia, des droits et obligations impératifs définis par leur(s) règlement(s) respectif(s) et, le cas échéant, des droits et obligations supplétifs définis dans le cadre conventionnel collectif.

Article 66 - Paiement des cotisations

Tout membre participant s'engage au paiement de la cotisation globale et des compléments de cotisations appliqués pour l'extension de la couverture familiale à ses bénéficiaires.

Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers les adhérents

Article 67 - Modifications des garanties

1° Membres participants ayant adhéré à la mutuelle à titre individuel

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et des règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

2° Membres participants ayant adhéré à la mutuelle au titre d'un dispositif conventionnel collectif

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus :

- au dispositif conventionnel collectif dont ils relèvent,
- aux dispositions des statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification est notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Titre 1

Règles générales applicables aux prestations, allocations et services de la mutuelle

Article 1

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

Article 2

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

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

Article 3

1 - Contrôle médical

Tout adhérent qui bénéficie ou demande à bénéficier des prestations figurant aux chapitres 5 (Autonomie), 6 (Complément de revenus) et 9 (Perte totale et irréversible d'autonomie) du règlement mutualiste 2 de la MGEN accepte de se soumettre au contrôle médical d'un médecin de la MGEN. En cas de refus, ou si la réalité de la maladie n'est pas reconnue, le paiement des prestations cessera de plein droit.

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

2 - Fraude

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

3 - Modification de situation

Le membre participant doit informer, dans un délai de 15 jours, la section à laquelle il est rattaché de toutes modifications énoncées ci-après :

- la composition de sa famille : naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès,
- la situation de son foyer : modification des ressources du groupe familial si celles-ci sont prises en compte pour le calcul des prestations, des cotisations ou des compléments de cotisation,
- sa situation administrative : titularisation, mise à disposition, détachement, retraite, stagiarisation, congés de toute nature...

Article 4 - Fait générateur

Le fait générateur est défini comme l'évènement matérialisant la réalisation d'un risque. Il est défini, pour chaque prestation, au sein des articles du règlement mutualiste 2 qui les concernent.

Tout fait générateur intervenu avant la date d'adhésion n'ouvre pas droit aux prestations.

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

Article 5 - Délais d'attente

Conformément à l'article 9 des statuts, l'adhésion à la mutuelle se fait sans délai d'attente.

Pour les demandes d'adhésion effectuées au-delà des délais prévus aux articles 9-1 et 11-1 des statuts, des délais d'attente, précisés pour chacune des prestations concernées, sont appliqués.

Le délai d'attente se définit comme la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas bien que le membre participant cotise.

Il débute à compter de la date d'effet de l'adhésion.

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

Par dérogation, les délais d'attente ne sont pas applicables aux adhérents relevant des dispositions du chapitre 3 du titre 1 des statuts, à l'exception de celui prévu pour la prestation Dépendance totale.

Article 6 - Justificatifs à fournir

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des justificatifs nécessaires. À défaut, les prestations ne sont pas versées. Ces justificatifs sont définis, pour chaque prestation, au sein des articles du règlement mutualiste 2 qui les concernent.

Article 7 - Prescription

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

La prescription est portée à dix ans lorsque pour les cas prévus par l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit du membre participant décédé.

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

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

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

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

La diminution du niveau de remboursement de la Sécurité sociale n'entraîne pas de modification systématique de la prise en charge complémentaire de la MGEN définie aux règlements mutualistes 1 et 2 et aux annexes à ces règlements. Seule l'assemblée générale, ou le conseil d'administration sur délégation de celle-ci, peut modifier la prise en charge de la MGEN.

En cas d'augmentation du niveau de remboursement de la Sécurité sociale, celui du complément MGEN, défini aux règlements mutualistes 1 et 2 et aux annexes à ces règlements, est réduit à due proportion, sauf forfaits.

Article 9 - Maxima des remboursements

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

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

Article 10 - Maxima des prestations

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

Article 11 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle prudentiel, ACP, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la MGEN.

Article 12 - Informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses bénéficiaires. Ils bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de Centre MGEN - Gestion CNIL - 6B avenue Joseph Rollo - 78320 La Verrière.

Article 13 - Subrogation

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

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

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

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

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

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

Article 14 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation, l'adhérent peut s'adresser, par lettre simple à : MGEN - Gestion des Réclamations - 3, square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations, l'adhérent peut saisir le médiateur MGEN, en adressant sa demande à : MGEN - Le médiateur - 3, square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15

Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être obtenues sur demande à cette adresse.

Titre 2

Règles générales applicables aux cotisations et compléments

Article 15 - Principes des cotisations et compléments

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle globale et des compléments, dus au titre de leurs bénéficiaires, qui sont affectés à la couverture des prestations, allocations et services de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées en application des dispositions de l'article L.111-3 du Code de la mutualité. La part de la cotisation globale affectée à la MGEN et aux mutuelles ainsi créées est spécifiée au(x) règlement(s) mutualiste(s) de chacune d'elles.

Les cotisations sont fixées en pourcentage des ressources dans les limites d'une cotisation plancher et d'une cotisation plafond.

Les montants ou taux de cotisations et compléments figurent en annexe des règlements mutualistes.

Lorsqu'il fait acte d'adhésion au plus tard le 31 décembre de l'année qui suit celle de son entrée dans le champ de recrutement, le membre participant est exonéré du versement de cotisations et des éventuels compléments durant les trois premiers mois d'adhésion. Le membre participant n'a vocation à bénéficier de cette exonération qu'une seule fois. Cette exonération ne concerne pas les catégories de membres participants auxquelles est appliquée une cotisation forfaitaire.

Les membres participants :

- fonctionnaires mis en disponibilité d'office d'une part, non titulaires (stagiaires, auxiliaires...) en congé sans traitement pour raison de santé d'autre part,
- en congé à demi-traitement pour maladie, grave maladie, longue maladie ou longue durée,

acquittent une cotisation égale à celle qu'ils payeraient s'ils exerçaient leurs fonctions.

Article 16 - Cotisations des offres additionnelles

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

Titre 1

Dispositions générales

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre d'une part, les membres participants relevant des articles 7 à 10 et 18-1^o des statuts et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

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

Article 2 - Bénéficiaires des prestations

Les prestations délivrées par la MGEN sont strictement identiques quel que soit le cadre dans lequel le membre participant adhère à la mutuelle (adhésion individuelle ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif).

1. Les membres participants, actifs, retraités ou maintenus, ne relevant pas de la SEM, bénéficient de l'ensemble des prestations énumérées ci-dessous, à l'exception :

- de celles réservées spécifiquement aux bénéficiaires enfants, de 18 ans à 28 ans et bénéficiaires étudiants figurant à l'annexe « Santé offre Jeunes »,
- des prestations figurant aux articles 25 (allocations journalières) et 26 (allocations d'invalidité) s'agissant des membres participants retraités,
- de la prestation figurant à l'article 25 (allocations journalières) s'agissant des membres participants maintenus,
- des prestations figurant aux articles 25 (allocations journalières), 26 (allocations d'invalidité) et 32 (décès-perte totale et irréversible d'autonomie) s'agissant des membres participants veufs et veuves.

Leurs bénéficiaires conjoints bénéficient des prestations figurant aux articles 4 (maladie), 5 (hospitalisation), 7 (amniocentèse), 8 (maternité), 10-2 (Service d'aide à domicile Solidarité), 10-3 (Complément d'action sociale), 11 (prévention bucco-dentaire pour la femme enceinte), 12 (sensibilisation des jeunes aux maladies du voyageur), 13 (traitements nicotiques de substitution), 17 (dépendance totale), 18 (contrat facultatif dépendance), 19 (perte temporaire d'autonomie), 20 (handicap et dépendance), 21 (soins coûteux durables), 22 (soins coûteux ponctuels), 23 (prestation particulière), 24 (aide au mutualiste aidant), 27 (complément retraite mutualiste), 28 (garantie invalidité additionnelle au Corem), 29 (garantie décès additionnelle au Corem), 31 (prestation pour frais funéraires), 33 (contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes ») et 35 (contrat facultatif prévoyance conjoints).

Leurs bénéficiaires enfants, de moins de 18 ans, de plus de 28 ans, tels que définis à l'article 11-II-3 des statuts, bénéficient des prestations figurant aux articles 4 (maladie), 5 (hospitalisation), 7 (amniocentèse), 8 (maternité), 10-2 (Service d'aide à domicile

Solidarité), 10-3 (Complément d'action sociale), 11 (prévention bucco-dentaire pour la femme enceinte), 12 (sensibilisation des jeunes aux maladies du voyageur), 13 (traitements nicotiques de substitution), 20 (handicap et dépendance), 21 (soins coûteux durables), 22 (soins coûteux ponctuels), 23 (prestation particulière), 27 (complément retraite mutualiste), 28 (garantie invalidité additionnelle au Corem), 29 (garantie décès additionnelle au Corem), 31 (prestation pour frais funéraires) et 33 (contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes »).

Leurs bénéficiaires enfants, de 18 ans à 28 ans, bénéficient des prestations figurant aux articles 7 (amniocentèse), 10-2 (Service d'aide à domicile Solidarité), 10-3 (Complément d'action sociale), 11 (prévention bucco-dentaire pour la femme enceinte), 20-1 (handicap), 21 (soins coûteux durables), 22 (soins coûteux ponctuels), 23 (prestation particulière), 27 (complément retraite mutualiste), 28 (garantie invalidité additionnelle au Corem), 29 (garantie décès additionnelle au Corem), 31 (prestation pour frais funéraires) et 33 (contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes »), et de celles figurant à l'annexe « Santé offre Jeunes ».

Leurs bénéficiaires enfants étudiants bénéficient des prestations figurant aux articles 7 (amniocentèse), 10-2 (Service d'aide à domicile Solidarité), 10-3 (Complément d'action sociale), 11 (prévention bucco-dentaire pour la femme enceinte), 20-1 (handicap), 21 (soins coûteux durables), 23 (prestation particulière), 27 (complément retraite mutualiste), 28 (garantie invalidité additionnelle au Corem), 29 (garantie décès additionnelle au Corem), 31 (prestation pour frais funéraires) et 33 (contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes ») et de celles figurant à l'annexe « Santé offre Jeunes » qui comprennent :

- pour les bénéficiaires enfants étudiants, les prestations du contrat collectif MGEN-LMDE souscrit par la MGEN auprès de La Mutuelle des Etudiants,
- les prestations et l'assistance de la couverture internationale prévue au contrat souscrit par la MGEN auprès de Inter Mutuelles Assistance (IMA).

Les bénéficiaires de l'annexe « Santé offre Jeunes » peuvent bénéficier de la couverture internationale supplémentaire décrite à cette annexe.

2. Pour les membres participants relevant de la SEM et selon le groupe dont ils relèvent, actif, retraité ou maintenu, veuf ou veuve, la MGEN intervient pour eux-mêmes et leurs bénéficiaires :

- en complément de la couverture sociale de base (CSB) régime de Sécurité sociale ou équivalent,
- en remplacement d'une couverture sociale de base inexistante.

Le détail de l'intervention figure en annexe « Prestations SEM ».

Les membres participants relevant de la SEM bénéficient, en outre, des prestations figurant aux articles 11 (prévention bucco-dentaire pour la femme enceinte), 12 (sensibilisation des jeunes aux maladies du voyageur), 13 (traitements nicotiques de substitution), 14 (caution locative), 15 (caution acquisition), 16 (assurance des prêts), 17 (dépendance totale), 18 (contrat facultatif dépendance), 19 (perte temporaire d'autonomie), 20 (handicap et dépendance), 21 (soins coûteux durables), 22 (soins coûteux ponctuels),

23 (prestation particulière), 24 (aide au mutualiste aidant), 25 (allocations journalières), 26 (allocations d'invalidité), 27 (complément retraite mutualiste), 28 (garantie invalidité additionnelle au Corem), 29 (garantie décès additionnelle au Corem), 30 (interventions exceptionnelles), 31 (prestation pour frais funéraires), 32 (décès-perte totale et irréversible d'autonomie), 34 (orphelinat) et 35 (contrat facultatif prévoyance conjoints) à l'exception :

- de la prestation figurant à l'article 32 (décès-perte totale et irréversible d'autonomie) s'agissant des membres participants veufs et veuves.

3. Les membres participants étudiants préparant les concours de l'Education nationale bénéficient des prestations figurant aux articles 7 (amniocentèse), 10 (prestation service aide à domicile), 11 (prévention bucco-dentaire pour la femme enceinte), 14 (caution locative), 15 (caution acquisition), 16 (assurance des prêts), 20-1 (handicap), 21 (soins coûteux durables), 22 (soins coûteux ponctuels), 23 (prestation particulière), 27 (complément retraite mutualiste), 28 (garantie invalidité additionnelle au Corem), 29 (garantie décès additionnelle au Corem), 30-1 (aide exceptionnelle), 30-5 (prêt installation MGEN), 31 (prestation pour frais funéraires), 33 (contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes ») et 34 (orphelinat) et de celles figurant à l'annexe « Santé offre Jeunes ».

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

5. Les orphelins membres participants relevant de l'article 18-1° des statuts bénéficient des prestations identiques à celles du :

- bénéficiaire enfant de moins de 18 ans, quand ils sont âgés de 16 à moins de 18 ans, à l'exception de celle figurant à l'article 10-2 (Service d'aide à domicile Solidarité),
- bénéficiaire enfant de 18 à 28 ans, quand ils sont âgés de 18 à moins de 28 ans, à l'exception de celle figurant à l'article 10-2 (Service d'aide à domicile Solidarité).

Ils bénéficient par ailleurs, de la prestation figurant à l'article 10-1 (Service d'aide à domicile).

Article 3 - Dispositions particulières à certaines prestations

1. Les prestations accordées par la mutuelle sont définies aux articles 4 à 34 inclus. Les montants et taux des prestations garanties et des cotisations figurent dans les annexes faisant partie intégrante du présent règlement.

2. Les prestations, allocations et aides spécifiques prévues aux articles 9 (prestation naissance), 10 (prestation service aide à domicile), 20 (handicap et dépendance), 21 (soins coûteux durables), 22 (soins coûteux ponctuels), 23 (prestation particulière), 24 (aide au mutualiste aidant), 29 (garantie décès additionnelle au Corem), 31 (prestation pour frais funéraires), 32-1 (prestation invalidité décès) et 34 (orphelinat) sont accordées par les mutuelles créées par la MGEN en application de l'article L.111-3 du Code de la mutualité. Elles sont attribuées en application des dispositions figurant à leurs statuts et règlements.

Titre 2

Prestations, allocations et services de la mutuelle

Chapitre 1 Santé

Article 4 - Maladie

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

responsable, et aux articles d'application R.871-1 et R.871-2 du même Code. Elles prévoient notamment la prise en charge totale de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention prévues sur la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006.

Elles ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise mentionnées à l'article L.322-2 du Code précité.

La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des assurés. Les prestations suivantes sont servies en complément de la Sécurité sociale, selon les montants indiqués aux annexes « Santé » et « Hospitalisation » :

- honoraires médicaux,
- analyses et actes de laboratoire,
- accessoires et pansements - petit appareillage et orthopédie,
- pharmacie,
- soins externes,
- participation forfaitaire visée par l'article R 322-8 du Code de la Sécurité sociale,
- frais de transport,
- cures thermales,
- optique,
- soins et prothèses dentaires, orthodontie,
- autres prothèses (oculaires, auditives, capillaires, mammaires).

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

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

• **Ostéopathie** : la MGEN intervient pour les séances effectuées par un ostéopathe autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans son département.

• **Psychothérapie** : la MGEN intervient pour les séances de psychothérapie non remboursées par la Sécurité sociale, effectuées en secteur libéral par un psychologue clinicien autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans son département. Cette participation est subordonnée à la remise annuelle d'une attestation de visite chez un médecin psychiatre, ou un pédiatre ou pédopsychiatre concernant les enfants de moins de 15 ans. Sont concernés les membres participants ou bénéficiaires, actifs ou retraités.

• **Chirurgie réfractive de l'oeil** : la MGEN intervient pour des interventions chirurgicales non remboursées par la Sécurité sociale quel que soit le type d'intervention pratiqué. Seules deux participations, c'est-à-dire une pour chaque oeil, peuvent être attribuées à la même personne.

• **Forfait contraception.**

Article 5 - Hospitalisation (maladie, chirurgie)

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.

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

Sauf dispositions contraires, le calcul des prestations se réfère aux tarifs conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale.

Lorsqu'une chambre particulière est demandée par le mutualiste, une participation sur les frais engagés peut être accordée, en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée.

1° Maladie

La MGEN intervient pour les hospitalisations :

- en établissement public ou privé, agréé ou conventionné, figurant dans la liste des établissements ouvrant droit à exonération du ticket modérateur à partir du 31^e jour d'hospitalisation,
- en hôpital thermal,
- en institut médico-éducatif lors de séjours en régime d'internat,
- en établissement de lutte anti-tuberculeuse,
- en maison d'enfants à caractère sanitaire non spécialisée,
- en colonie sanitaire,
- en établissement de soins de suite et de réadaptation.

La MGEN intervient également pour les hospitalisations de jour ou à domicile.

2° Chirurgie

La MGEN intervient pour les séjours en établissement public ou privé, agréé ou conventionné.

3° Conditions de prise en charge

Elle est subordonnée à celle de la Sécurité sociale et limitée à 12 mois ou 365 jours (en cas de séjours successifs) pour l'ensemble des frais et actes afférents aux hospitalisations quelle qu'en soit la nature (maladie ou chirurgie).

Les droits sont de nouveau ouverts après une période continue de 6 mois sans hospitalisation.

4° 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.

5° Participation aux frais d'accompagnant selon les montants indiqués à l'annexe «Hospitalisation».

Article 6 - Exclusions

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

Chapitre 2

Maternité et famille

Article 7 - Amniocentèse

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

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

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

La MGEN peut accorder une aide financière selon les montants indiqués à l'annexe « Santé ».

Article 8 - Maternité

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

- les honoraires médicaux,
- les frais d'hospitalisation en établissement public ou privé, agréé ou conventionné, les frais de laboratoire et de sang sous réserve d'une prise en charge par la Sécurité sociale,

- les honoraires relatifs à l'accouchement à domicile sont remboursés sur la base des tarifs conventionnels de la Sécurité sociale et les frais pharmaceutiques.

Article 9 - Prestation naissance

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie.

Elle est apportée à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant admis en qualité de bénéficiaire.

Article 10 - Assistance

10-1. Service d'aide à domicile

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

10-2. Service d'aide à domicile Solidarité

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

10-3. Complément d'action sociale

En complément des prestations visées aux articles 10-1 et 10-2, les membres participants et/ou leurs bénéficiaires peuvent bénéficier d'un complément d'action sociale versé par MGEN Action sanitaire et sociale.

Chapitre 3

Prestations spécifiques de prévention

Article 11 - Prévention bucco-dentaire pour la femme enceinte

À compter du 4^e mois de grossesse, la mutuelle intervient pour une consultation de prévention bucco-dentaire par grossesse. La prise en charge s'effectue à hauteur du ticket modérateur majoré de 5 euros pour les consultations réalisées dans le cadre du conventionnement entre la MGEN et les praticiens.

Article 12 - Sensibilisation des jeunes aux maladies du voyageur

La mutuelle intervient, dans la limite d'un forfait individuel de 60 euros, pour :

- les vaccins et rappels suivants : 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,
- les traitements médicamenteux anti-paludéens, non remboursés par la Sécurité sociale et non pris en charge par l'employeur.

Le mutualiste doit être âgé de moins de 36 ans au moment de la demande.

La prise en charge est limitée à un seul forfait au cours de la vie de l'adhérent. Elle s'effectue sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée. La demande de prise en charge est appréciée à la date de prescription.

Article 13 - Traitements nicotiniques de substitution

La mutuelle intervient, dans la limite d'un forfait individuel de 50 euros par année civile, pour les traitements nicotiniques de substitution remboursés par la Sécurité sociale.

La prise en charge intervient après épuisement du forfait Sécurité sociale. Elle est limitée à un seul forfait au cours de la vie de l'adhérent. Elle s'effectue sur présentation de la prescription médicale, du (ou des) décompte(s) Sécurité sociale et de l'ensemble des factures acquittées.

La demande de prise en charge est appréciée à la date de délivrance en pharmacie.

Chapitre 4

Habitat

Article 14 - Caution locative

Elle peut être souscrite par le membre participant MGEN.

Elle a pour objet de permettre aux mutualistes à la recherche d'un logement de présenter une garantie de solvabilité protégeant le propriétaire bailleur du risque de loyers impayés.

Le membre participant MGEN et son éventuel colocataire ont vocation à bénéficier de la caution une seule fois au cours de leur vie.

Elle donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

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

Article 15 - Caution acquisition

Elle peut être accordée au membre participant MGEN.

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

Elle donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

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

Article 16 - Assurance des prêts

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

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

A. Contrat d'assurance collective en couverture de prêts

Il a pour objet de couvrir :

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

B. Contrat perte d'emploi

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

Ces contrats donnent lieu à versement de cotisation spécifique.

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

Chapitre 5

Autonomie

Article 17 - Dépendance totale

1. Objet

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

2. Définition de la dépendance totale

Est considéré en état de dépendance totale, le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint dont l'état de santé est consolidé (non susceptible d'amélioration) qui est classé dans l'un des groupes iso-

ressources 1 ou 2 en application de la grille AGGIR en vigueur, décrite en annexe I et II du décret n°2008-821 du 21 août 2008.

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

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

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

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

3. Conditions d'entrée pour bénéficier de la garantie

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

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

Pour toutes demandes d'adhésion effectuées au-delà des délais prévus aux articles 9-1 et 11-1 des statuts, **un délai d'attente de 3 ans** est appliqué à compter de la prise d'effet de l'adhésion pour toute dépendance totale consécutive à une maladie. Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas d'accident.

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

4. Prestations

4.1. Modalités de versement et montant

• Prestation Dépendance Totale : La prestation garantie est versée sous forme d'une rente mensuelle à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le classement en GIR. Le montant de la rente mensuelle est égal à 120 €.

• Prestation complémentaire de maintien à domicile : Cette prestation annuelle est complémentaire à la prestation Dépendance Totale. Elle est versée en cas de maintien à domicile nécessitant l'assistance d'une tierce personne une seule fois par an à terme échu, à condition que le mutualiste ait été maintenu à domicile au moins 6 mois sur la période des 12 derniers mois précédant le renouvellement de la prestation. Le montant de la prestation annuelle est égal à 500 €.

4.2. Suspension

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

Le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint devra fournir à la date d'anniversaire du classement en GIR, un certificat médical précisant son état civil et son lieu de résidence, et le cas échéant justifiant le maintien à domicile avec assistance d'une tierce personne. Pour les personnes classées en GIR 1 et 2 par le médecin-conseil, un document vérifiant l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sera sollicité à leur 60^e anniversaire.

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

4.3. Cessation du paiement des prestations

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

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

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

5. Revalorisation de la rente

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

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

La demande doit être formulée dans un délai de 12 mois à compter de la date à laquelle le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint peut prétendre au service des prestations. Passé ce délai et pendant les 12 mois suivants, le versement de la rente débute à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception de la demande sous réserve que l'ensemble des conditions soit réuni. Toute demande de prestation présentée après le délai de 2 ans à compter du classement en GIR n'est plus recevable.

6.1. Déclaration de l'état de dépendance totale

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

6.2. Justificatifs à produire

Pour une première prise en charge :

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

Pour le renouvellement de la prestation complémentaire :

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

Article 18 - Contrat collectif facultatif Dépendance

Le membre participant et le bénéficiaire conjoint de la MGEN ont la faculté d'adhérer au contrat collectif facultatif Dépendance souscrit par la MGEN auprès de CNP Assurances et CNP IAM, en vue de bénéficier d'une prestation financière de rente et d'une garantie capital 1^{er} équipement.

Ce contrat donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

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

Article 19 - Perte Temporaire d'Autonomie

1. Objet

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

2. Définition de la perte temporaire d'autonomie

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

- atteint dans ses facultés physiques, mentales, ou sensorielles, et présentant un état chronique ne permettant pas une autonomie totale, d'une durée probable supérieure à 30 jours,
- dont l'état est constaté médicalement par le médecin conseil de la mutuelle,
- ayant perdu son autonomie totale à la suite d'une maladie* ou d'un accident** garanti(e).

*maladies garanties :

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

**accidents garantis :

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

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

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

- lésions traumatiques graves : perte d'un membre, d'une main, d'un pied, ou victime d'un traumatisme crânien,
- cécité : acuité visuelle corrigée égale au plus à 1/20 avec rétrécissement du champ visuel inférieur à 20°.
- surdité : atteinte auditive supérieure à 70 décibels de perte,
- brûlures graves : brûlures au 3^e degré couvrant au moins 20% de la surface du corps et attestée par le diagnostic d'un chirurgien plasticien. La maladie ou l'accident défini(e) ci-dessus survenu(e) avant la date d'adhésion à la mutuelle n'ouvre pas droit à une prise en charge.

3. Conditions d'entrée pour bénéficiaire de la garantie

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

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

4. Prestations

4.1. Modalités de versement et montant

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

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

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

4.2. Cessation du versement de la prestation

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

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

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

5. Exclusions

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

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

6.1. Déclaration de la perte temporaire d'autonomie

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

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

6.2. Justificatifs à produire

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

En cas de rechute :

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

Article 20 - Handicap et dépendance

Ces allocations sont délivrées par MGEN Action sanitaire et sociale.

20-1 - Handicap

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

20-2 - Dépendance

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

Article 21 - Soins coûteux durables

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

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

Article 22 - Soins coûteux ponctuels

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

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

Article 23 - Prestation particulière

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

Article 24 - Aide au mutualiste aidant

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

Chapitre 6 Complément de revenus

Article 25 - Allocations journalières

1 - Conditions d'attribution

Les allocations journalières sont attribuées au membre participant en activité, qui perçoit des prestations en espèces de l'administration ou de la Sécurité sociale, en cas de diminution du revenu servant de base au calcul de la cotisation MGEN résultant d'une maladie ou d'un accident.

Fait générateur : 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

Cas des arrêts multiples : en cas de reprise de l'activité puis de rechute, le fait générateur est le 1^{er} jour de l'arrêt de travail initial. On entend par rechute un arrêt de travail imputable à la même maladie ou au même accident que le précédent arrêt de travail et qui survient dans un délai maximum de deux mois suivant la date de fin de celui-ci.

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

1.1. Membre participant fonctionnaire titulaire ou stagiaire

Le membre participant fonctionnaire titulaire ou stagiaire a droit aux prestations du présent article lorsqu'il se trouve dans une des situations administratives suivantes : congé ordinaire de maladie, congé de longue maladie, congé grave maladie, congé de longue durée, disponibilité d'office pour raison de santé.

1.2. Membre participant relevant d'un régime général de Sécurité sociale

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

2 - Définition de la garantie

2.1. Niveau de garantie

Les allocations journalières complètent les sommes brutes garanties par l'Administration ou la Sécurité sociale à hauteur de 77% de l'assiette moyenne quotidienne utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN des 12 mois précédant la perte de traitement. L'assiette ne peut être ni inférieure à celle correspondant à la cotisation plancher, ni supérieure à celle correspondant à la cotisation plafond. Le niveau de la garantie ne saurait être inférieur à 75 % du traitement indiciaire brut, à la date d'arrêt de travail.

2.2. Délai d'attente

Pour toutes demandes d'adhésion effectuées au-delà des délais prévus à l'article 9-1 des statuts, un délai d'attente de 12 mois est appliqué.

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

2.3. Montant de la prestation

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

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

3 - Délai de carence

- Fonctionnaires

Le jour de carence instauré dans la fonction publique en cas de congé maladie ne donne pas lieu à indemnisation.

- Salariés de droit privé

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

4 - Justificatifs à produire

Les demandes de prestations doivent parvenir dans un délai de 12 mois à compter de la perte partielle ou totale du traitement, dans un délai permettant l'exercice du contrôle médical et avant la reprise du service, accompagnées des documents suivants :

- pour une demande initiale :
 - formulaire de demande de prestation,
 - justificatif de congés : copie des arrêtés de notification de placement en congé maladie (ou relevés des congés émanant de l'employeur),
 - copie des relevés des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale.
- pour une prolongation :
 - le cas échéant, une attestation de rechute,
 - copie des arrêtés de maintien ou de prolongation en congé maladie,
 - suite des décomptes de prestations en espèces versées par la Sécurité sociale.

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

5 - Suppression de la prestation

Le versement des allocations journalières prend fin :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle,
- en cas de passage en invalidité,
- au plus tard en cas de mise à la retraite effective du membre participant.

Article 26 - Allocations d'invalidité

1 - Conditions d'attribution

Les allocations d'invalidité sont attribuées au membre participant contraint, pour cause d'invalidité, de cesser l'activité professionnelle ayant permis son adhésion à la MGEN.

Fait générateur : 1^{er} jour de l'arrêt de travail ou date de constatation de l'invalidité si l'adhérent est en invalidité sans avoir été préalablement en situation d'incapacité temporaire de travail.

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

1.1. Membre participant fonctionnaire titulaire

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

1.2. Membre participant fonctionnaire stagiaire ou relevant d'un régime général de Sécurité sociale

Le membre participant stagiaire ou non fonctionnaire âgé de moins de 60 ans a droit aux prestations du présent article quand il vient à bénéficier d'une pension d'invalidité Sécurité sociale avec classement en groupe 2 ou 3.

Le membre participant stagiaire ou non fonctionnaire âgé de plus de 60 ans a droit aux prestations du présent article quand il vient à bénéficier d'une pension de vieillesse liquidée au titre de l'incapacité au travail.

2 - Définition de la garantie

2.1. Niveau de garantie

Suite à cessation, pour cause d'invalidité, de l'activité professionnelle justifiant son adhésion à la MGEN, les allocations d'invalidité complètent les revenus du membre participant à hauteur du niveau de garantie, égal à 50 % du traitement indiciaire brut (TIB) afférent à l'échelon le plus élevé de l'emploi et grade dont il relève (lorsqu'une grille tarifaire existe).

Le niveau de garantie est au minimum égal :

- à 50% du TIB à la date de mise en invalidité,
- au montant de la Base de Référence Garantie (BRG*).

Cas d'une carrière incomplète :

- lorsque le membre participant a débuté son activité professionnelle, ayant permis son adhésion auprès de la MGEN, après l'âge de 35 ans,

et/ou

- lorsque le membre participant, pour convenance personnelle, a eu des périodes d'activités à temps partiel ou des congés, qui ont entraîné un écart d'au moins 3 ans entre l'ancienneté réelle (prise en compte à la date de retraite pour invalidité) et l'ancienneté maximum qu'il aurait pu acquérir à cette date.

À compter du 1^{er} janvier suivant le jour où le membre participant atteint l'âge limite correspondant à son emploi, le niveau de garantie est égal, en cas de carrière incomplète, au montant de la pension que le membre participant aurait perçu en ayant exercé son activité jusqu'à l'âge limite applicable pour sa catégorie professionnelle.

2.2. Délai d'attente

Pour toutes demandes d'adhésion effectuées au-delà des délais prévus à l'article 9-1 des statuts, un délai d'attente de 3 ans est appliqué. Tout arrêt de travail qui débute pendant le délai d'attente ne donne lieu à aucune indemnisation.

2.3. Montant de la prestation

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

On entend par ressources les seuls revenus imposables issus des pensions résultant du travail du membre participant ; les revenus issus d'une épargne personnelle volontaire, les pensions de réversion, pensions alimentaires, revenus fonciers ne sont pas pris en compte.

Le montant annuel de la prestation est égal :

- au minimum à 1/30^e de la BRG*,
- au maximum au montant total de la BRG*.

La prestation est attribuée pour une année civile. Son règlement est effectué mensuellement.

*BRG : Pour l'année 2013, le montant de la BRG est de 10 580 euros.

3 - Justificatifs à produire

Les demandes de prestations doivent parvenir dans un délai de 12 mois à compter de l'obtention de la pension d'invalidité ou de la rente invalidité accompagnées des documents suivants :

- pour une demande initiale :
 - formulaire de demande de prestation,
 - titre de pension (certificat d'inscription de la pension civile d'invalidité) délivré par l'administration ou la notification de classement en invalidité délivrée par la Sécurité sociale, accompagné du premier justificatif de versement de la pension d'invalidité,
 - uniquement pour les non fonctionnaires de plus de 60 ans, copie de la notification d'une pension vieillesse substituée à une pension pour invalidité ou pour inaptitude.
- pour un renouvellement :
 - formulaire de renouvellement,
 - dernier bulletin de pension d'invalidité,
 - justificatif des ressources (avis d'imposition de l'année N-2, accompagné de la copie des notifications des déclarations fiscales correspondantes).

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

4 - Suspension et suppression de la prestation

4.1. Suspension

Le versement de la prestation est suspendu :

- en cas de séjour, pendant une année civile complète, dans un établissement de soins avec prise en charge des frais de séjour par la Sécurité sociale,
- ou en cas de reclassement en invalidité 1^e catégorie.

4.2. Suppression

Le versement de la prestation est supprimé :

- lorsque l'intéressé reprend une activité professionnelle,
- ou au premier jour du mois qui suit le décès,
- ou dès que les revenus pris en compte pour l'attribution de la prestation sont supérieurs à la garantie MGEN.

Chapitre 7

Corem - Garanties additionnelles

Article 27 - Complément retraite mutualiste (Corem)

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

Ce régime donne lieu au versement d'une cotisation spécifique. Les conditions du régime figurent dans une notice d'information remise aux adhérents lors de l'adhésion.

Article 28 - Garantie invalidité additionnelle au régime Corem

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

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

Article 29 - Garantie décès additionnelle au régime Corem

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

Chapitre 8

Soutien social et financier

Article 30 - Interventions exceptionnelles

La mutuelle peut accorder au membre participant :

1 - Une aide exceptionnelle pour des besoins urgents, notamment en cas de maladie, blessures, infirmité ou décès, jusqu'à concurrence de 1 000 euros.

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

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

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

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

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

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

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

4 - Un prêt service, à taux bonifié, d'une durée de 12 à 60 mois, accordé par la Casden Banque Populaire, pour faire face à une situation grave, imprévisible et exceptionnelle. Il n'est pas cumulable avec le prêt social. Le montant de ce prêt peut varier de 1500 euros à 7500 euros et doit être remboursé avant que l'adhérent ait atteint 75 ans. Ce prêt est remboursable par mensualité d'au moins 50 euros.

5 - Un prêt installation MGEN-Casden, accordé par la Casden Banque Populaire, pour participer aux dépenses d'installation dans un nouveau logement (prêt bonifié par la MGEN et la Casden). Le montant de ce prêt peut varier de 800 à 2000 euros.

Ce prêt est remboursable en 24 mensualités maximum.

Le membre participant doit :

- formuler sa demande de prêt par écrit,
- et être âgé de moins de 36 ans au moment de la demande.

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

Chapitre 9

Décès

Article 31 - Prestation pour frais funéraires

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie.

Elle est attribuée en cas de décès d'un membre participant ou d'un bénéficiaire en remboursement des frais funéraires.

Article 32 - Prestation invalidité décès

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie.

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

Article 33 - Orphelinat

Cette allocation est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale.

Elle est destinée à contribuer à l'éducation des bénéficiaires enfants ou bénéficiaires enfants étudiants.

Chapitre 10

Garanties facultatives décès, incapacité, invalidité

Article 34 - Offre Prévoyance Facultative MGEN

Le membre participant ou le membre bénéficiaire conjoint a la faculté d'adhérer jusqu'à la veille de son 61^e anniversaire, au contrat collectif prévoyance à adhésion facultative souscrit par la MGEN auprès de MGEN Vie et MGEN Filia en vue de bénéficier :

- d'une garantie décès (versement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) survenant en période de garantie),

Le membre bénéficiaire conjoint, salarié de droit privé peut adjoindre à cette garantie, avant la veille de son 56^e anniversaire :

- une garantie incapacité de travail (versement d'indemnités journalières forfaitaires),
- une garantie invalidité (versement d'une rente d'invalidité).

Ce contrat donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

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

Article 35 - Contrat facultatif Prévoyance et Assistance obsèques - « Sollicitudes »

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

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

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

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

Titre 3

Réalisations sanitaires et sociales

Article 36 - Réalisations sanitaires et sociales MGEN Action sanitaire et sociale

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

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

Article 37 - Réalisations sanitaires et sociales MGEN Centres de santé

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

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

Titre 4

Cotisations et compléments

Article 38 - Cotisations

I. Dispositions générales

La cotisation versée par le membre participant couvre une année civile, à l'exception de celle du membre participant étudiant préparant les concours de l'Éducation nationale qui couvre une année universitaire (du 1^{er} octobre au 30 septembre).

1. Actifs

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

2. Retraités

a) La cotisation est fixée en pourcentage du montant brut de la pension personnelle du membre participant.

b) Le retraité percevant plusieurs pensions personnelles cotise sur la ou les seules pensions acquises au titre d'une ou plusieurs activités ouvrant droit à adhésion.

Le retraité cotisant au titre d'une ou plusieurs pensions personnelles ne cotise pas au titre d'une éventuelle pension de réversion.

L'assiette de cotisation comprend :

- pour les fonctionnaires, la pension personnelle servie par l'administration et la retraite complémentaire obligatoire (retraite additionnelle de la fonction publique instituée par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites),
- pour les autres retraités, la totalité de la pension du régime général et la ou les retraites complémentaires obligatoires (Ircantec ou autres).

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

3. La cotisation des veufs/veuves, des membres participants maintenus, des étudiants préparant les concours de l'Éducation nationale et des orphelins est forfaitaire.

II. Dispositions particulières

1. Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU)

Le taux de cotisation des membres participants actifs et retraités, est adapté pour les bénéficiaires de la CMU.

2. Régime d'Alsace Moselle

Le montant de la cotisation est minoré de 25 % pour les membres participants actifs et retraités relevant du régime local de Sécurité sociale d'Alsace Moselle. L'abattement ne concerne pas les catégories de membres participants auxquelles est appliquée une cotisation forfaitaire.

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

3. Majoration de cotisation issue du dispositif de référencement

Lorsqu'un membre participant de plus de 30 ans relevant du chapitre 3 du titre 1 des statuts adhère plus de 2 ans après son entrée dans la fonction publique, sa cotisation est majorée de 2% par année non cotisée après 30 ans dans un dispositif référencé, selon les modalités prévues par le décret 2007-1373 du 19 septembre 2007 et ses arrêtés d'application.

Article 39 - Compléments de cotisations pour bénéficiaires

La cotisation du membre participant, définie à l'article 38-I du présent règlement, est familiale. Elle est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire conjoint ou enfant fixé annuellement. Ce complément de cotisation couvre une année civile. Toutefois, s'agissant du bénéficiaire enfant étudiant, le complément de cotisation couvre une année universitaire (1^{er} octobre au 30 septembre).

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

Il concerne :

1. Le bénéficiaire conjoint

Le complément est dû pour le bénéficiaire conjoint relevant de l'article 11-I des statuts.

2. Les bénéficiaires enfants et enfants étudiants

Le complément est dû pour chaque bénéficiaire enfant et chaque bénéficiaire enfant étudiant relevant respectivement des articles 11-II et 11-III des statuts.

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

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

Annexes aux règlements mutualistes 1 et 2 de la MGEN

Tableaux des cotisations - Membres participants

Tableaux des compléments de cotisations - Membres bénéficiaires

Santé

Audioprothèse

Hospitalisation

Optique

Prestations SEM

Santé offre Jeunes

Notice d'information - Conditions générales du contrat caution locative

Notice d'information - Caution acquisition MGEN

Notice d'information - Garantie invalidité supplémentaire au régime Corem

Tableaux des cotisations - Membres participants

Sections départementales

Catégories		Cotisation ⁽¹⁾ ⁽²⁾ calculée sur : • traitement indiciaire brut (TIB) + nouvelle bonification indiciaire (NBI) + primes et indemnités, • montant brut de la pension + indexation éventuelle + retraite(s) complémentaire(s) obligatoire(s)	Cotisation plancher annuelle	Cotisation plafond annuelle
Actif	À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire)	2,97 %	413 €	1 536 €
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire)	80 % de la cotisation annuelle du MP actif à partir de 30 ans	330 €	1 228 €
Retraité		3,56 %	487 €	1 536 €
Bénéficiaire de la CMU		1,19 %	140 €	613 €
Veuf (défini aux articles 10-V et 18 des statuts)		Cotisation ⁽¹⁾ sur la base d'un forfait annuel		
		635 €		
Maintenu	À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire)	554 €		
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire)	443 €		
Étudiant préparant les concours de l'Éducation nationale Pour une couverture du 1/10/2012 au 30/09/2013		225 €		
Orphelin (défini à l'article 18 des statuts) dont le salaire est inférieur au salaire mensuel d'appoint limite				
Agé d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans		96 €		
Agé d'au moins 18 ans et de moins de 28 ans		225 €		

Section extra métropolitaine

Catégories Groupe S1, S2		Cotisation ⁽¹⁾ ⁽²⁾ calculée sur : • traitement indiciaire brut + primes et indemnités, • montant brut de la pension + indexation éventuelle + retraite(s) complémentaire(s) obligatoire(s)	Cotisation plancher annuelle	Cotisation plafond annuelle
Actif	À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire)	3,36 %	472 €	1 754 €
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire)	80 % de la cotisation annuelle du MP Actif à partir de 30 ans	378 €	1 403 €
Retraité		3,36 %	472 €	1 754 €
Veuf (défini aux articles 10-V et 18 des statuts)		Cotisation ⁽¹⁾ sur la base d'un forfait annuel		
		717 €		
Maintenu	À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire)	626 €		
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire)	501 €		
Orphelin (défini à l'article 18 des statuts) dont le salaire est inférieur au salaire mensuel d'appoint limite				
Agé d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans		99 €		
Agé d'au moins 18 ans et de moins de 28 ans		240 €		
Catégories Groupe M1, S3		Cotisation ⁽¹⁾ ⁽²⁾ calculée sur : • traitement indiciaire brut + primes et indemnités, • montant brut de la pension + indexation éventuelle + retraite(s) complémentaire(s) obligatoire(s)	Cotisation plancher annuelle	Cotisation plafond annuelle
Actif	À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire)	5,60 %	787 €	2 923 €
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire)	80 % de la cotisation annuelle du MP Actif à partir de 30 ans	630 €	2 339 €
Retraité		5,60 %	787 €	2 923 €
Veuf (défini aux articles 10-V et 18 des statuts)		Cotisation ⁽¹⁾ sur la base d'un forfait annuel		
		1 195 €		
Maintenu	À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire)	1 043 €		
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire)	834 €		
Orphelin (défini à l'article 18 des statuts) dont le salaire est inférieur au salaire mensuel d'appoint limite				
Agé d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans		156 €		
Agé d'au moins 18 ans et de moins de 28 ans		405 €		

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

- 87,63 % affectés à la MGEN,
- 2,58 % affectés à MGEN Action sanitaire et sociale,
- 1,09 % affectés à MGEN Centres de santé,
- 7,70 % affectés à MGEN Vie,
- 1 % affectés à MGEN Fila, dont la totalité de la cotisation est affectée à la prestation « service d'aide à domicile ».

Cette répartition de la cotisation globale sera révisée, par le conseil d'administration de janvier 2013. La nouvelle répartition sera notifiée aux membres participants par le biais de la revue nationale d'information.

(2) Le montant des cotisations est arrondi :

- à l'euro le plus proche en cas de prélèvement sur compte bancaire ou de paiement par chèque,
- au centime d'euro le plus proche en cas de précompte.

Les taux ou montants de cotisations susmentionnés sont exclusifs du bénéfice éventuel du dispositif d'aide à la complémentaire santé mentionné aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Tableaux des compléments de cotisations

Membres bénéficiaires

Sections départementales

Catégories	Complément de cotisation annuel
Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant actif* • d'un membre participant retraité	65 % de la cotisation du membre participant ⁽¹⁾
Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant maintenu À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire) Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire) • d'un membre participant bénéficiaire de la CMU	360 € 288 € 65 % de la cotisation du membre participant ⁽¹⁾
Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant étudiant préparant les concours de l'Éducation nationale	225 €
Bénéficiaire enfant étudiant Du 1/10/2012 au 30/09/2013	225 € ⁽²⁾ dont 154 € affectés au contrat collectif MGEN-LMDE ⁽³⁾
Bénéficiaire enfant (à partir de 18 ans - jusqu'à 28 ans) avec des ressources inférieures au Salaire Mensuel d'Appoint Limite	225 € ⁽²⁾
Bénéficiaire de l'allocation Handicap ou Soins coûteux durables avec des ressources inférieures à 165 % du Salaire Mensuel d'Appoint Limite	225 € ⁽²⁾
Bénéficiaire enfant (âgé de moins de 18 ans) • ayant droit Sécurité sociale du membre participant • assuré social à titre personnel	96 € ⁽²⁾
Bénéficiaire enfant bénéficiaire de la CMU	96 € ⁽²⁾

Section extra métropolitaine

Catégories Groupe S1, S2	Complément de cotisation annuel
Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant actif* À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire) Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire) • d'un membre participant retraité	584 € 468 € 584 €
Bénéficiaire enfant étudiant Du 1/10/2011 au 30/09/2012	240 € ⁽²⁾ dont 154 € affectés au contrat collectif MGEN-LMDE ⁽³⁾
Bénéficiaire enfant (à partir de 18 ans - jusqu'à 28 ans) avec des ressources inférieures au Salaire Mensuel d'Appoint Limite	240 € ⁽²⁾
Bénéficiaire de l'allocation Handicap ou Soins coûteux durables avec des ressources inférieures à 165 % du Salaire Mensuel d'Appoint Limite	240 € ⁽²⁾
Bénéficiaire enfant (âgé de moins de 18 ans) • ayant droit Sécurité sociale du membre participant • assuré social à titre personnel	99 € ⁽²⁾

Catégories Groupe M1, S3	Complément de cotisation annuel
Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant actif À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire) Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire) • d'un membre participant retraité	973 € 779 € 973 €
Bénéficiaire enfant étudiant Du 1/10/2011 au 30/09/2012	405 € ⁽²⁾ dont 154 € affectés au contrat collectif MGEN-LMDE ⁽³⁾
Bénéficiaire enfant (à partir de 18 ans - jusqu'à 28 ans) avec des ressources inférieures au Salaire Mensuel d'Appoint Limite	405 € ⁽²⁾
Bénéficiaire de l'allocation Handicap ou Soins coûteux durables avec des ressources inférieures à 165 % du Salaire Mensuel d'Appoint Limite	405 € ⁽²⁾
Bénéficiaire enfant (âgé de moins de 18 ans) • ayant droit Sécurité sociale du membre participant • assuré social à titre personnel	156 € ⁽²⁾

(1) Dans la limite d'un plancher égal à 65 % de la cotisation plancher du membre participant et d'un plafond égal à 65 % de la cotisation plafond du membre participant. Le montant annuel des compléments de cotisation plancher et plafond est arrondi à l'euro le plus proche.

(2) Il n'est pas dû de complément de cotisation pour la couverture des enfants bénéficiaires à partir du 4^e enfant couvert, dès lors que tous les bénéficiaires enfants sont rattachés au même membre participant.

(3) Le complément de cotisation des Bénéficiaires Enfants Étudiants résultant pour partie de la cotisation fixée par la LMDE, l'assemblée générale MGEN de juillet 2013 prendra connaissance de cette dernière, et fixera le montant pour la période du 01/10/2013 au 30/09/2014. Les mutualistes en seront informés par l'appel de cotisation et/ou la revue nationale d'information.

* **Membre participant actif travaillant à temps partiel** : le complément de cotisation conjoint est calculé sur la totalité du traitement que le membre participant percevrait à temps plein.

Les taux ou montants de compléments de cotisations susmentionnés sont exclusifs du bénéfice éventuel du dispositif d'aide à la complémentaire santé mentionné aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Nature des frais	Prestations Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits
1. Honoraires médicaux 1.1. Règle générale <ul style="list-style-type: none"> • honoraire des médecins, sages-femmes • honoraire des auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes 1.2. Assuré exonéré du ticket modérateur 1.3. Assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité 1.4. Actes techniques réalisés dans le parcours de soins par des médecins ayant signé l'option de coordination*	30 % 40 % néant 20 % 45 %
2. Analyses - Actes de laboratoire <ul style="list-style-type: none"> • règle générale • assuré exonéré du ticket modérateur • assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité 	40 % néant 20 %
3. Accessoires et pansements - Petit appareillage et orthopédie <ul style="list-style-type: none"> • règle générale • assuré exonéré du ticket modérateur • assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité 	40 % néant 20 %
4. Pharmacie <ul style="list-style-type: none"> • médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 % • médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % • médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 % • médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 100 % • médicaments remboursés à 80 % par la Sécurité sociale aux bénéficiaires du fonds spécial d'invalidité • spécialités pharmaceutiques irremplaçables remboursées à 100 % par la Sécurité sociale 	néant 65 % 35 % néant 20 % néant
5. Forfait contraception (contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale) Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture acquittée. Demande de remboursement appréciée à la date de prescription	Dans la limite de 40 € par personne et par année civile
6. Ostéopathie Selon les conditions définies à l'article 4 du règlement mutualiste 2	22,50 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile
7. Soins externes (mutualiste non exonéré du ticket modérateur) En hôpitaux publics, centres médicaux ou dentaires mutualistes, centres créés et gérés par des collectivités locales ou la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> • honoraires des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes • honoraires des auxiliaires médicaux, analyses • médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 % • médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 35 % • produits radio-actifs 	30 % 40 % 35 % 65 % 35 %
8. Participation forfaitaire visée par l'article R 322-8 du Code de la Sécurité sociale	18 €
9. Frais de transport <ul style="list-style-type: none"> • règle générale • assuré exonéré du ticket modérateur • assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité 	35 % néant néant
10. Cures thermales <ul style="list-style-type: none"> • frais de surveillance médicale • pratiques médicales complémentaires • frais de traitement en établissement thermal • frais d'hébergement Frais de transport <ul style="list-style-type: none"> • prestation supplémentaire Sécurité sociale accordée à 65 % • prestation supplémentaire Sécurité sociale accordée à 100 % 	30 % 30 % 35 % du forfait thermal 50 % du forfait de la Sécurité sociale 35 % néant
11. Optique (sur prescription médicale) La demande de prise en charge est appréciée à la date de facturation par un opticien lunetier <ul style="list-style-type: none"> • prestations hors réseau agréé • prestations dans le réseau agréé Quand le mutualiste a recours à un opticien lunetier agréé par la MGEN, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur la monture, les verres, les suppléments divers et les lentilles cornéennes dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.	Voir annexe optique
12. Psychothérapie Selon les conditions définies à l'article 4 du règlement mutualiste 2	8 € par séance dans la limite de 150 séances
13. Amniocentèse Selon les conditions définies à l'article 7 du règlement mutualiste 2	Aide financière d'un montant maximum de 183 € par amniocentèse

* Conformément à l'arrêté du 3 février 2005, publié au journal officiel du 11 février 2005, portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Nature des frais	Prestations Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits
14. Dentaire	
14.1. Soins (remboursables par la Sécurité sociale et selon la nomenclature générale des actes professionnels) <ul style="list-style-type: none"> • règle générale • assuré exonéré du ticket modérateur • assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité Inlay onlay remboursés par la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> • règle générale • assuré exonéré du ticket modérateur • assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité 	30 % néant 20 % 80 % 50 % 70 %
14.2. Prothèses dentaires amovibles	
14.2.1. Définitives <ul style="list-style-type: none"> • Résine ou matière plastique <ul style="list-style-type: none"> - de 1 à 7 dents - de 8 à 13 dents - 14 dents • Métallique ou plaque base métal (PBM) ou stellite <ul style="list-style-type: none"> - de 1 à 7 dents - de 8 à 13 dents - 14 dents 14.2.2. Provisoires <ul style="list-style-type: none"> - de 1 à 7 dents - de 8 à 14 dents 	122 € 199 € 229 € 206 € 290 € 336 € 92 € 183 €
14.3. Prothèses dentaires fixes	
Prestation non conventionnelle (quand le mutuelliste n'a pas recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN)	
14.3.1. Définitives <ul style="list-style-type: none"> • couronne et/ou pilier de bridge • intermédiaire de bridge 14.3.2. Provisoires (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement) <ul style="list-style-type: none"> • couronne et/ou pilier de bridge • intermédiaire de bridge 14.3.3. Inlay core remboursés par la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> • règle générale • assuré exonéré du ticket modérateur • assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité 	122 € 107 € 31 € 31 € 80 % 50 % 70 %
Prestation conventionnelle Quand le mutuelliste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN, il bénéficie : <ul style="list-style-type: none"> - du montant de la prestation conventionnelle, - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. Cette disposition s'applique aux prothèses définies aux paragraphes 14.3.1. et 14.3.2., à l'exclusion des intermédiaires de bridge. Se renseigner auprès de la section départementale.	
14.4. Implantologie	
14.4.1. 1 implant (dans la limite de 2 implants sur 2 années civiles) 14.4.2. 1 couronne définitive sur implant (dans la limite de 2 couronnes définitives sur implant sur 2 années civiles)	518 € 122 €
14.5. Réparations	
14.5.1. Sur appareil résine 14.5.2. Sur appareil métallique 14.5.3. Rebasage	23 € 46 € 46 €
14.6. Cas particuliers	
14.6.1. Attelle et prothèse de contention 14.6.2. Traitement d'articulations temporo-mandibulaires (ATM) - Gouttières occlusales	183 € 122 €
14.7. Orthodontie	
Prestation non conventionnelle (quand le mutuelliste n'a pas recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN)	
14.7.1. Traitement pris en charge par la Sécurité sociale 14.7.2. Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste conseil de la MGEN) <ul style="list-style-type: none"> • finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7^e semestre uniquement • traitement actif commencé après 16 ans : 4 semestres maximum 	50 % 90 %
Prestation conventionnelle Quand le mutuelliste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN, il bénéficie : <ul style="list-style-type: none"> - du montant de la prestation conventionnelle, - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. Cette disposition s'applique aux traitements définis au paragraphe 14.7. Se renseigner auprès de la section départementale.	
15. Autres prothèses, sur prescription médicale	
15.1. Prothèses oculaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale et par référence à sa nomenclature) <ul style="list-style-type: none"> • prothèse de première intention • prothèse définitive • prothèse de renouvellement avec moulage • prothèse de renouvellement sans moulage • prothèse oculaire en verre 	145 € 328 € 412 € 298 € 130 €
15.2. Audioprothèse (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) La demande de prise en charge est appréciée à la date de facturation par un audioprothésiste. <ul style="list-style-type: none"> • Prestations hors réseau conventionné • Prestations dans le réseau conventionné Quand le mutuelliste a recours à un audioprothésiste conventionné avec la MGEN, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.	Voir annexe Audioprothèse
15.3. Prothèses capillaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) <ul style="list-style-type: none"> • postiches et perruques 	229 €
15.4. Prothèses mammaires externes <ul style="list-style-type: none"> • par prothèse (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) • Forfait produits complémentaires⁽¹⁾ 	130 € 130 € par année civile

(1) Supports double-face remboursés par la Sécurité sociale, soutien-gorge prescrit et adapté aux prothèses non solidaires du corps, produits d'entretien pour les prothèses solidaires du corps et supports double-face, set mamelons auto-adhérents.

Audioprothèse

Nature des frais (sur prescription médicale et sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	Mutualiste de moins de 20 ans Mutualiste de 20 ans et plus atteint de cécité		Mutualiste de 20 ans et plus	
	Prestations hors réseau conventionné	Prestations dans le réseau conventionné*	Prestations hors réseau conventionné	Prestations dans le réseau conventionné*
Achat	650 € par appareil	750 € par appareil	550 € par appareil dans la limite de 2 appareils par an	650 € par appareil dans la limite de 2 appareils par an
Forfait annuel entretien et réparation. Cette prestation ne concerne pas les bénéficiaires de l'Offre Jeunes	50 € par appareil		50 € par appareil	

* Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste conventionné avec la MGEN, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives, dans la limite des prestations fixées ci-dessus. La liste des audioprothésistes conventionnés avec la MGEN peut être obtenue auprès des centres de service MGEN ou à partir de l'espace personnel sur le site internet MGEN.

Hospitalisation

Maladie - Chirurgie - Maternité

Nature des frais	Prestations Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits
Prestation non conventionnelle Quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec la MGEN	
1. Honoraires médicaux	
1.1. Ticket modérateur	20 %
1.2. Participation forfaitaire visée par l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale	18 €
1.3. Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement	30 %
2. Hébergement et frais de séjour	
2.1. Règle générale	20 %
2.2. Assuré exonéré du ticket modérateur	néant
3. Forfait journalier hospitalier	
3.1. Séjour dans un établissement psychiatrique	Dans la limite de : 13,50 € par jour
3.2. Séjour dans un autre établissement	18 € par jour
4. Chambre particulière selon l'activité (court séjour, psychiatrie, maternité, soins de suite), en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée Se renseigner auprès de la section départementale	Forfait de 18,50 € à 31 € par nuitée
5. Frais d'accompagnant Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation, pour l'accompagnant d'un mutualiste : <ul style="list-style-type: none"> de moins de 14 ans, ou de plus de 70 ans, ou en situation de handicap. 	25 € par nuit
Prestation conventionnelle Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec la MGEN dans le cadre d'un conventionnement mutualiste, il peut bénéficier : <ul style="list-style-type: none"> du montant de la prestation conventionnelle, de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. L'application de cette prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement. Pour les honoraires médicaux, le conventionnement mutualiste prévoit la prise en charge complète à hauteur des honoraires négociés avec le professionnel de santé, à condition que celui-ci soit lui-même conventionné. Se renseigner auprès de la section départementale.	

Optique

Nature des frais (sur prescription médicale)	Prestations avant 18 ans		Codification Sécurité sociale	Prestations à partir de 18 ans		Codification Sécurité sociale
	Par verre ⁽¹⁾			Par verre ⁽¹⁾		
	Prestations hors réseau agréé	Prestations dans le réseau agréé*		Prestations hors réseau agréé	Prestations dans le réseau agréé*	
Verre unifocal de faible et moyenne correction <i>sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à 4.00</i>	22,50 €	30 €	2261874 2200393	45 €	60 €	2203240 2259966
Verre unifocal de forte correction <i>sphère au-delà de 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à 4.00</i>	30 €	40 €	2243304 2243540 2273854 2238941 2245036 2283953	63,75 €	85 €	2280660 2282793 2235776 2212976 2288519 2284527
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction <i>sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre</i>	48,75 €	65 €	2259245 2240671	105 €	140 €	2290396 2227038
Verre progressif ou multifocal de forte correction <i>sphère au-delà de 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de 8.00 en présence d'un cylindre</i>	52,50 €	70 €	2238792 2234239	120 €	160 €	2245384 2202239
Monture						
L'unité (2)	35 €			60 €		
Lentilles cornéennes						
Prises en charge par la Sécurité sociale	92 € / an / oeil			92 € / an / oeil		
Non prises en charge par la Sécurité sociale	54 € / an / oeil			54 € / an / oeil		
Suppléments divers						
Prisme incorporé, quelle que soit sa puissance	15 €		2287862	13 €		2247905
Système antiptosis	28 €		2293957	28 €		2200795
filtre chromatique ou ultraviolet	17 €		2222408	23 €		
Verres iséïconiques	40 % de la base de remboursement Sécurité sociale		2204066	40 % de la base de remboursement Sécurité sociale		2278219
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries	18 €		2246716	21 €		2274109
filtre d'occlusion partielle, l'unité	4 €		2269025 (2)	Néant		Néant
Prisme souple, l'unité	12 €		2227920 (2)	Néant		Néant
Supplément pour monture de lunettes à coque	16 €		2227908 (2)	Néant		Néant

* Quand le mutualiste a recours à un opticien lunetier agréé par la MGEN, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais dans la limite des prestations ci-dessus. La liste des opticiens agréés peut être obtenue auprès des centres de service MGEN ou à partir de l'espace personnel sur le site internet MGEN

À partir de 13 ans : (1) Remboursement limité à l'achat de 4 verres par période de 2 ans (soit l'année de l'achat + 1 année civile).

(2) Remboursement limité à l'achat d'une monture de lunettes par période de 2 ans (soit l'année de l'achat + 1 année civile)

Nature des frais (sur prescription médicale)	Prestations Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits Ces prestations ne concernent pas les bénéficiaires de l'offre Jeunes
Chirurgie réfractive de l'oeil (dont kératotomie)	365 € / oeil Dans la limite des dépenses engagées. Seules deux participations peuvent être attribuées à la même personne au cours de sa vie.
Système à vision télescopique (s'ajoute le cas échéant le forfait pour monture)	130 € / oeil

Prestations SEM

Nature des frais	Prestation
Groupe S1, S2 <i>Adhérents bénéficiaires d'une couverture sociale de base (CSB) à la fois en France et à l'étranger</i>	
Frais médicaux <i>(en France et à l'étranger)</i>	Cf. annexe « Santé » : complément MGEN s'ajoutant à l'intervention de la CSB.
Hospitalisation	
Hospitalisation en France	Cf. annexe « Hospitalisation » : Application des règlements hospitalisation de la MGEN et de la législation française dont l'adhérent relève.
Hospitalisation à l'étranger	Complément MGEN : 70 % ou 50 % d'un prix de journée global (tarif de la Caisse des Français à l'étranger). Dispense d'avance des frais dans un établissement du réseau MGEN international ⁽¹⁾ .
Groupe S3 <i>Adhérents bénéficiaires d'une couverture sociale de base (CSB) en France et éventuellement à l'étranger</i>	
Frais médicaux	
Frais médicaux en France	Cf. annexe « Santé » : complément MGEN s'ajoutant à l'intervention de la CSB.
Frais médicaux à l'étranger	
a) Pharmacie	70 % de la dépense engagée.
b) Autres frais médicaux <i>cf. annexe « Santé » points 1 à 3 et 5 à 11</i>	Prestation MGEN majorée correspondant à 100 % du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale + le cas échéant différence entre le tarif MGEN et le tarif de la Sécurité sociale.
Hospitalisation	
Hospitalisation en France	Cf. annexe « Hospitalisation » : Application des règlements hospitalisation de la MGEN et de la législation française dont l'adhérent relève.
Hospitalisation à l'étranger	<ul style="list-style-type: none"> • Au maximum 150 % d'un prix de journée global (tarif de la Caisse des Français à l'étranger) • Dispense d'avance des frais dans un établissement du réseau MGEN International ⁽¹⁾.
Cas particuliers	Sous réserve d'accord préalable
Maisons de soins de suite et de réadaptation	80 % du tarif de la Caisse des Français à l'étranger.
Maisons d'enfants à caractère sanitaire non spécialisé	80 % du tarif de la Caisse des Français à l'étranger.
Groupe M1 <i>Adhérents bénéficiaires partiellement d'une couverture sociale de base (CSB) : soit en France ; soit à l'étranger</i>	
Frais médicaux	
Frais médicaux en France	
a) Frais médicaux <i>cf. annexe « Santé » points 1 à 15 sauf point 14.7</i>	80 % du tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale + le cas échéant différence entre le tarif MGEN et le tarif de la Sécurité sociale.
b) Orthodontie	100 % du tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale.
Frais médicaux à l'étranger	Cf. annexe « Santé » : complément MGEN s'ajoutant à l'intervention de la CSB.
Hospitalisation	
Hospitalisation en France	Cf. annexe « Hospitalisation » : Application de la législation de la Sécurité sociale française et des règlements hospitaliers de la MGEN. 80 % du tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale.
Hospitalisation à l'étranger	Complément MGEN : 70 % ou 50 % d'un prix de journée global (tarif de la Caisse des Français à l'étranger).

(1) Appel préalable de MGEN International. Dispositions appliquées aux seuls mutualistes gérés par la SEM au premier euro (*bénéficiaires du régime obligatoire de Sécurité sociale français ou du régime volontaire de la Caisse des Français de l'étranger + mutualistes MGEN*).

Nature des frais	Prestations Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité ou forfaits		
	Prestations* servies pour les bénéficiaires enfants étudiants issues du contrat collectif (MGEN-LMDE) souscrit par la MGEN auprès de la LMDE ⁽¹⁾	Prestations servies pour les bénéficiaires enfants de 18 ans à 28 ans, selon les modalités d'application prévues au règlement mutualiste 2 MGEN	Prestations servies pour les membres participants étudiants préparant les concours de l'Éducation nationale selon les modalités d'application prévues au règlement mutualiste 2 MGEN
Médecin traitant, médecin correspondant, médecin d'accès direct		30 %	
Autre médecin (hors parcours de soins)		30 %	
Pharmacie	Vignette bleue	70 %	
	Vignette blanche	35 %	
Stérilet et implant contraceptif : dispositifs médicaux		40 %	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale**		20 % à 0 %	
Transport**		35 %	
Soins externes dans un établissement public hospitalier**		40 % à 0 %	
Forfait journalier hospitalier psychiatrie**		13,50 €	
Autre forfait journalier hospitalier**		18 €	
Soins dans établissements conventionnés à 100 % avec la LMDE	40 % à 0 %		Néant
Chirurgie sans hospitalisation		30 % à 0 %	
IVG hospitalière (médicamenteuse ou instrumentale)		20 %	
IVG médicamenteuse en ville		30 %	
Laboratoire		40 %	
Auxiliaires médicaux		40 %	
Orthopédie / Prothèse**		40 % à 0 %	
Optique**		40 %	
Soins dentaires**		30 %	
Prothèse dentaire		30 %	
Consultation annuelle de prévention bucco-dentaire		30 %	
Participation forfaitaire visée par l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale		18 €	
Actes de prévention ⁽⁵⁾		Oui	
Forfait contraception (pilule contraceptive de nouvelles générations, anneau vaginal et patchs contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale) ^{(2) (3)}		55 € / an (13,75 € / trimestre)	
Forfait contraception d'urgence (pilule du lendemain) ^{(2) (4)}		10 € / an	
Forfait test de grossesse ^{(2) (4)}		10 € / an	
Forfait préservatifs féminins et masculins ^{(2) (4)}		25 € / an	
Vaccins, rappels et traitements anti-paludéens non remboursés par la Sécurité sociale ^{(2) (3)}		90 € / an	
Forfait arrêt tabac ^{(2) (3)} (substituts nicotiques)		90 € (2 forfaits de 45 € par an)	
Forfait diététique ⁽⁶⁾		15 € x 3 / an	
Protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées) ^{(2) (4)}		10 € / an	
Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ^{(2) (3)}		15 € / an	
Forfait psychothérapie (5 consultations / an) ⁽⁷⁾		16 € / consultation	
Forfait ostéopathie ⁽⁸⁾		20 € x 2 / an	
Forfait éthylotest (répondant aux normes en vigueur) ⁽¹⁰⁾		10 € / an	
Mutexam	Oui		
Allocation mutualiste de solidarité	Oui		
Fonds d'aide à la compensation du handicap	Oui		Néant
Soins consécutifs à un accident garanti		370 % à 300 %	
Étudiants salariés - Indemnité journalière hospitalière ⁽⁹⁾		20 € / jour	

** Voir complément MGEN page suivante

Nature des frais

Selon les modalités d'application prévues au règlement mutualiste 2 MGEN

Prestations

Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits Prestations servies par la MGEN pour les BEE (à titre dérogatoire pour l'année universitaire en cours) pour les BE non étudiants et pour les Membres participants Etudiants préparant les concours de l'Education nationale

Optique

- monture, l'unité,
- verres,
- lentilles Prises en charge par la Sécurité sociale
Non prises en charge par la Sécurité sociale

Quand le mutualiste a recours à un opticien lunetier agréé par la MGEN, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur la monture, les verres, les suppléments divers et les lentilles cornéennes dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

Dentaire

■ Soins dentaires inlay onlay remboursés par la Sécurité sociale

- règle générale,
- assuré exonéré du ticket modérateur,
- assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité.

■ Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale

• Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste n'a pas recours à un praticien conventionné) :

- règle générale,
- assuré exonéré du ticket modérateur,
- assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité.

• Prestation conventionnelle

Quand le mutualiste a recours à un praticien conventionné avec la MGEN, il bénéficie :

- du montant de la prestation conventionnelle,
- de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

Ces dispositions s'appliquent aux prothèses dentaires fixes (définies aux paragraphes 14.3.1 et 14.3.2 de l'annexe Santé) à l'exclusion des intermédiaires de bridge. Se renseigner auprès de la section.

■ Orthodontie

• Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste n'a pas recours à un praticien conventionné avec la MGEN) :

Traitement pris en charge par la Sécurité sociale,
Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste conseil de la MGEN),

- finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7^e semestre uniquement,
- traitement actif commencé après 16 ans : 4 semestres maximum.

• Prestation conventionnelle

Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN, il bénéficie :

- du montant de la prestation conventionnelle,
- de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

Ces dispositions s'appliquent aux traitements définis au paragraphe 14.7 de l'annexe Santé. Se renseigner auprès de la section départementale.

Audioprothèse (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)

- achat
La demande de prise en charge est appréciée à la date de facturation par un audioprothésiste.

- Prestations hors réseau conventionné
- Prestations dans le réseau conventionné

Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste conventionné avec la MGEN, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

Prothèses mammaires externes

Hospitalisation (maladie, chirurgie, maternité)

• Prestation non conventionnelle

Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée. Se renseigner auprès de la section départementale.

Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement.

• Prestation conventionnelle

Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec la MGEN dans le cadre d'un conventionnement mutualiste, il bénéficie :

- du montant de la prestation conventionnelle,
- de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

L'application de cette prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement. Pour les honoraires médicaux, le conventionnement mutualiste prévoit la prise en charge complète à hauteur des honoraires négociés avec le professionnel de santé à condition que celui-ci soit lui-même conventionné. Se renseigner auprès de la section départementale.

Amniocentèse

Voir annexe Optique MGEN
(montants indiqués sous déduction du ticket modérateur) **à l'exclusion de la chirurgie réfractive de l'œil et du système à vision télescopique, prestations non ouvertes aux bénéficiaires de l'offre Jeunes.**

(montants indiqués sous déduction du ticket modérateur)

80 %
50 %
70 %

(montants indiqués sous déduction du ticket modérateur)

80 %
50 %
70 %

50 %

90 %

Voir annexe Audioprothèse MGEN
(montants indiqués sous déduction du ticket modérateur), **à l'exclusion du forfait entretien et réparation, prestation non ouverte aux bénéficiaires de l'Offre Jeunes**

Voir annexe Santé MGEN (point 15-4)
(montants indiqués sous déduction du ticket modérateur)

Forfait de 18,50 € à 31 € / nuitée selon l'activité
(court séjour, psychiatrie, maternité, soins de suite)

30 %

Dans la limite de 183 €

(*) Les taux de remboursement de la mutuelle s'appliquent sur les bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur à la date de l'assemblée générale de La Mutuelle des Etudiants des 25 et 26 mai 2012. Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale est sans incidence sur les prestations mutualistes.

(1) Les prestations comprises dans le contrat collectif MGEN-LMDE sont servies dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable et aux textes d'application R. 871-1 et R. 871-2. Elles prévoient notamment la prise en charge totale de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention prévues sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006. Elles ne couvrent notamment pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées à l'article L.322-2 du Code précité. La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des assurés.

(2) Pour les BEE, remboursement forfaitaire fractionnable par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées. Pour les garanties infra-annuelles, le montant du forfait est modulé en fonction de la durée de la garantie souscrite.

(3) Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée. Pour le forfait « arrêt tabac », remboursement également sur présentation d'un décompte de Sécurité sociale. Pour le forfait médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale, la liste de ces médicaments peut être adressée sur demande expresse du mutualiste. La facture est établie obligatoirement par une pharmacie d'officine.

(4) Remboursement sur présentation d'une facture acquittée. Pour les protections auditives (moulées, jetables ou réutilisables) remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée précisant la catégorie des protections achetées.

(5) Selon les dispositions de l'arrêté du 08 juin 2006, les actes de prévention comprennent : vaccins, rappels remboursés par la Sécurité sociale, détartrage annuel dentaire.

(6) Forfait de 15 € par consultation dans la limite de 3 consultations par an réalisées par un diététicien. Versement sur présentation d'une facture nominative acquittée.

(7) Forfait de 16 € par consultation dans la limite de 2 consultations par an, réalisées par un psychologue clinicien. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée.

(8) Forfait de 20 € par consultation dans la limite de 2 consultations par an. Versement sur présentation d'une facture nominative acquittée. Pour les BEE, consultation à réaliser par un professionnel de santé entrant dans le champ de la convention LMDE/GIM (Groupe initiatives mutuelles).

(9) À compter du 4^e jour consécutif (de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, accident ou opération chirurgicale), dans la limite de 30 jours par année universitaire.

(10) Remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

Prestations de la couverture internationale MGEN

La couverture internationale incluse dans l'offre Jeunes MGEN comprend, en plus de la garantie de remboursement des frais médicaux à l'étranger, une assistance médicale et matérielle suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible survenu à l'étranger. **Ces prestations d'assistance sont garanties dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MGEN auprès de IMA, au bénéfice :**

- des Bénéficiaires enfants non étudiants de 18 à 28 ans,
- des Bénéficiaires Enfants Étudiants.

Le Bénéficiaire de l'offre Jeunes MGEN bénéficie d'une couverture internationale dans le cadre de séjours d'études et touristiques à l'étranger, s'il remplit cumulativement les conditions suivantes :

- avoir sa résidence principale en France et effectuant des séjours d'études et touristiques à l'étranger,
- avoir sa résidence principale à l'étranger et effectuant des séjours d'études et touristiques dans un autre pays que celui de résidence et autre que la France,
- être bénéficiaire d'une couverture sociale de base (CSB) en France et à l'étranger.

CSB = Régime Obligatoire Français ou Caisse locale du pays de séjour (application des conventions bilatérales ou multilatérales entre pays) ou Assurance volontaire.

La couverture internationale intervient dans le cas de soins ou traitements médicalement nécessaires, inopinés (pas de prise en charge des soins de confort ainsi que des soins ou de la chirurgie esthétiques), et répondant aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie et maternité de la Sécurité sociale française.

La garantie frais médicaux

Nature des frais	Montant des prestations santé	
SOINS EXTERNES HORS dentaires et équipement optique	<p>Le montant des prestations MGEN intervient sous déduction de la CSB et dans la limite de la dépense engagée. Prise en charge des soins externes (hors dentaires et équipements optiques) dans la limite des frais engagés et d'un plafond annuel de 23 000 €. Pour toute prestation, la MGEN demandera le remboursement de la part prise en charge par le régime obligatoire.</p> <p>1. ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE</p> <p>Prise en charge de 100 % de la facture présentée (après négociation dans le réseau par TCS, correspondant d'IMA aux USA) sous déduction d'une franchise modérée fixée par type d'actes, que le bénéficiaire acquitte directement auprès du professionnel de santé du réseau. TCS règle la totalité de la facture moins la franchise.</p> <p>Franchises aux Etats-Unis d'Amérique appliquées aux soins externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation généraliste : 60 US \$, • Consultation spécialiste : 100 US \$, • Consultation aux urgences* : 300 US \$, • Scanner : 300 US \$, • IRM : 300 US \$, • Kinésithérapie ou traitements équivalents dans le pays : 40 US \$ pour une séance d'une heure. <p>2. BRÉSIL, MEXIQUE, CHINE et HONG-KONG compris, SINGAPOUR, JAPON, CONFÉDÉRATION HELVÉTIQUE</p> <p>Prise en charge de 100 % de la facture présentée sous déduction d'une franchise modérée fixée par type d'actes. Le bénéficiaire acquitte la totalité de la facture puis s'adresse à la MGEN pour le remboursement de la part prise en charge par le régime complémentaire.</p> <p>Franchises aux Brésil, Mexique, Chine et Hong-Kong compris, Japon, Singapour et Confédération Helvétique appliquées aux soins externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation généraliste : 20 € si facture ≥ 75 €, • Consultation spécialiste : 30 € si facture ≥ 100 €, • Consultation aux urgences* : 100 € si facture ≥ 500 €, • Scanner : 100 €, • IRM : 100 €, • Actes de radiologie 20 € si facture ≥ 90 €, • Kinésithérapie ou traitements équivalents dans le pays : 20 € pour 10 séances. <p>* La franchise n'est pas appliquée si la visite aux urgences est suivie d'une admission.</p> <p>3. AUTRES PAYS</p> <p>Prise en charge de 90 % des frais réels dans la limite du plafond. Le bénéficiaire acquitte la totalité de la facture puis s'adresse à la MGEN pour le remboursement de la part prise en charge par le régime complémentaire.</p>	
	SOINS EXTERNES dentaires (soins non prévisibles ou suite à accident et prothèses suite à accident) et équipements optique	<p>DENTAIRE : Prise en charge par la MGEN uniquement des soins non prévisibles ou suite à accident (soins + prothèses)</p> <ul style="list-style-type: none"> • prothèses suite à accident : prise en charge sur la base du remboursement de la couronne céramo métallique au sein du réseau conventionné MGEN en France (maximum 397 € par prothèse), • soins d'urgence autres que prothèses : 90 % des frais réels sans franchise.
		<p>OPTIQUE : Cf. Annexe optique MGEN</p>
HOSPITALISATION	<p>Dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger, la MGEN complète la prise en charge de la CSB</p> <p>1/ Prestation non conventionnelle (établissement hors du réseau agréé IMA/MGEN international)</p> <p>Une hospitalisation hors du réseau IMA résultant d'un choix délibéré de l'adhérent (hors transport d'urgence), ne fera pas l'objet d'une prise en charge d'IMA (pas de contrôle médical ni de dispense d'avance de frais). Hors du réseau d'établissements hospitaliers agréés, les adhérents doivent acquitter la totalité de la facture puis se faire rembourser auprès de leur Sécurité sociale ou CSB et auprès de la MGEN au titre de leur complémentaire. Prise en charge à hauteur de 70 % des frais réels dans la limite des frais engagés et d'un plafond de 75 000 € par hospitalisation.</p> <p>2/ Prestation conventionnelle (établissement dans le réseau agréé IMA/MGEN international)</p> <p>Une dispense d'avance des frais d'hospitalisation est accordée à tous les Bénéficiaires de l'offre Jeunes, sous réserve qu'ils contactent au préalable IMA/MGEN international pour une orientation vers un établissement hospitalier agréé IMA/MGEN international. Les bénéficiaires devront alors rembourser la MGEN de la part des frais d'hospitalisation avancée pour le compte de leur régime obligatoire, la MGEN étant subrogée dans leurs droits. Prise en charge à hauteur de 100 % des frais réels dans la limite du plafond de 150 000 € par hospitalisation.</p>	

Couverture internationale supplémentaire facultative

La couverture internationale supplémentaire facultative comprend, en plus de la garantie de remboursement des frais médicaux à l'étranger, une assistance médicale et matérielle suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible survenus à l'étranger. Ces prestations d'assistance sont garanties dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MGEN auprès de IMA, au bénéfice :

- des Bénéficiaires enfants non étudiants de 18 à 28 ans,
- des Bénéficiaires Enfants Étudiants.

Le Bénéficiaire de l'offre Jeunes MGEN bénéficie d'une couverture internationale dans le cadre de séjours d'études et touristiques à l'étranger, s'il remplit cumulativement les conditions suivantes :

- avoir sa résidence principale en France et effectuant des séjours d'études et touristiques à l'étranger,
- avoir sa résidence principale à l'étranger et effectuant des séjours d'études et touristiques dans un autre pays que celui de résidence et autre que la France,
- être bénéficiaire d'une couverture sociale de base (CSB) en France et à l'étranger.

CSB = Régime Obligatoire Français ou Caisse locale du pays de séjour (application des conventions bilatérales ou multilatérales entre pays) ou Assurance volontaire.

La couverture internationale supplémentaire facultative intervient dans le cas de soins ou traitements médicalement nécessaires, inopinés (pas de prise en charge des soins de confort ainsi que des soins ou de la chirurgie esthétiques), et répondant aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie et maternité de la Sécurité sociale française.

Elle donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

La garantie frais médicaux

Nature des frais	Montant des prestations santé
SOINS EXTERNES HORS dentaires et équipement optique	<p>Prise en charge à hauteur de 80 % du montant restant à charge (au-delà du plafond prévu par la couverture incluse dans l'offre Jeunes et dans la limite du plafond prévu dans la couverture internationale supplémentaire facultative).</p> <p>1. ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE</p> <p>Plafond total de 123 000 € si souscription à la couverture internationale supplémentaire facultative (23 000 € en inclusion + 100 000 € dans la couverture internationale supplémentaire facultative).</p> <p>Franchises aux Etats-Unis d'Amérique appliquées aux soins externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation généraliste : 15 US \$, • Consultation spécialiste : 20 US \$, • Consultation aux urgences* : 60 US \$, • Scanner : 60 US \$, • IRM : 60 US \$, • Kinésithérapie ou traitements équivalents dans le pays : 10 US \$ la séance complète. <p>2. BRÉSIL, MEXIQUE, CHINE et HONG-KONG compris, SINGAPOUR, JAPON, CONFÉDÉRATION HELVÉTIQUE et AUTRES PAYS</p> <p>La couverture internationale supplémentaire facultative vient en complément de la couverture comprise de l'offre. Elle intervient à hauteur de 80 % du montant restant à charge, franchise incluse.</p> <p>Plafond total de 123 000 € si souscription à la couverture internationale supplémentaire facultative (23 000 € en inclusion + 100 000 € dans la couverture internationale supplémentaire facultative).</p>
	<p>SOINS EXTERNES dentaires (soins non prévisibles ou suite à accident et prothèses suite à accident) et équipements optique</p> <p>DENTAIRE Prise en charge de tous les soins et prothèses. Forfait complémentaire de 500 € par an.</p> <p>OPTIQUE Forfait complémentaire de 150 € par an (verres, montures, lentilles).</p>
HOSPITALISATION	<p>Dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger, la MGEN complète la prise en charge de la CSB</p> <p>Hospitalisation hors d'un établissement hospitalier du réseau, résultant du choix délibéré de l'adhérent (hors transport d'urgence) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de prise en charge possible par IMA, donc pas de contrôle médical ni de paiement de la part d'IMA. Les adhérents doivent effectuer la totalité du paiement à l'établissement, puis se faire rembourser par leur RO*, puis par la MGEN. * RO ou CSB (Couverture sociale de base) : LMDE, autre centre de Sécurité sociale étudiante, CPAM... La demande de remboursement au RO est effectuée dans le cas où la Sécurité sociale de l'adhérent n'est pas gérée par la MGEN. - prise en charge à hauteur de 80 % du montant restant à charge (au-delà du plafond prévu par la couverture incluse dans l'offre Jeunes et dans la limite du plafond prévu dans la couverture internationale supplémentaire facultative, - plafond total de 125 000 € par hospitalisation si souscription à la couverture internationale supplémentaire facultative (75 000 € en inclusion + 50 000 € dans la couverture internationale supplémentaire facultative). <p>Hospitalisation dans les établissements hospitaliers agréés du réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dispense d'avance des frais : paiement par IMA de la totalité des frais à l'hôpital sauf les 20 % restant à charge en cas de dépassement éventuel du plafond, - prise en charge à hauteur de 80 % du montant restant à charge (au-delà du plafond prévu par la couverture incluse dans l'offre Jeunes et dans la limite du plafond prévu dans le complément facultatif, - plafond total de 250 000 € par hospitalisation si souscription à la couverture internationale supplémentaire facultative (150 000 € en inclusion + 100 000 € dans le complément facultatif). <p>IMA, via ses médecins contrôle le diagnostic, les soins envisagés au regard du diagnostic, négocie le devis des soins, puis effectue le paiement de la facture directement à l'hôpital.</p>

Notice d'information Contrat d'adhésion collectif annuel MGEN-LMDE

La Mutuelle générale de l'Education nationale (MGEN), ci-après désignée la MGEN ou le Souscripteur, a souscrit un contrat collectif d'adhésion obligatoire auprès de la Mutuelle des Etudiants (LMDE) n°431 791 672 soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ci-après désignée la Mutuelle ayant pour objet de faire bénéficier ses bénéficiaires enfants étudiants de garanties santé.

La LMDE, ci-après désignée la LMDE ou la Mutuelle, est substituée par MGEN (Mutuelle n° 775685399 soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, 3 square Max Hymans – 75748 PARIS CEDEX 15) pour la constitution des garanties relevant des branches 1 et 2 pour la délivrance des engagements nés ou à naître de la LMDE, relativement aux risques apportés ou à apporter à l'égard des membres participants de la LMDE et de leurs ayants droit, tels que ces risques sont définis, selon son objet, à l'article 2 de ses statuts et à son règlement mutualiste, sans exception, ni réserve, mais seulement pour ces engagements, à l'exclusion de toute autre gestion et notamment de celle prise par la LMDE dans le cadre de son activité de gestionnaire du régime obligatoire ou de ses activités relevant du livre III du code de la mutualité et exercées à titre accessoire ou de toute autre activité liée à sa propre gestion ou à une gestion pour le compte de tiers.

Si l'agrément accordé à la MGEN lui est retiré, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée à l'adhérent, à due concurrence du montant versé.

Titre I - Dispositions générales

Article 1 - Objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir aux bénéficiaires enfants étudiants des membres participants de la MGEN, le versement de prestations santé en complément du régime général de sécurité sociale, des actions de prévention et de promotion de la santé et de la solidarité.

Plus précisément, ce contrat a pour objet de garantir les bénéficiaires enfants étudiants tels que définis à l'article 3, des risques définis au titre II.

Le terme « bénéficiaire enfant étudiant » désigne la personne bénéficiaire dudit contrat.

Article 2 - Prise d'effet, durée et résiliation du contrat

Le contrat susmentionné a pris effet le 1er octobre 2009 et s'est poursuivi jusqu'au 30 septembre 2010.

Il se renouvelle ensuite, par année universitaire, par tacite reconduction à chaque 1er octobre, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties, au moyen d'une lettre recommandée adressée au moins trois mois avant cette date.

En cas de résiliation, la garantie cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat dans les conditions posées par le code de la mutualité.

Article 3 - Composition du groupe assuré - Bénéficiaires des prestations

Sont garantis, et ce à titre obligatoire **les « bénéficiaires enfants étudiants »** tels que définis par les statuts de la MGEN, qui prévoit la possibilité pour le membre participant MGEN d'étendre la couverture à son enfant étudiant et lui faire acquérir ainsi la qualité de bénéficiaire enfant étudiant si ce dernier répond aux conditions suivantes :

- Avoir 16 ans à la date du 1^{er} octobre de l'année universitaire en cours
- Avoir la qualité d'étudiant

Article 4 - Prise d'effet et durée de l'adhésion et de la garantie

L'adhésion et la garantie prennent effet à la date à laquelle l'enfant du membre participant MGEN acquiert la qualité de bénéficiaire enfant étudiant au regard des critères définis par l'article 3.

L'adhésion et le droit à garantie cessent de produire leurs effets en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- Lorsque les conditions de l'article 3 ne sont plus remplies.
- En cas de non paiement du complément de cotisation dans les conditions de l'article L.221-8-I du Code de la mutualité,
- À la date d'effet de résiliation du contrat collectif conclu entre le Souscripteur et la Mutuelle,
- En cas de décès du bénéficiaire enfant étudiant,
- En cas de fausse déclaration.

Article 5 - Devis et expertise

Qu'ils soient demandés par la LMDE ou produits spontanément par le bénéficiaire enfant étudiant, la LMDE 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.

Article 6 - Réticence ou fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexac- titude 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.

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'évènement qui lui a donné naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.**

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'inter- ruption de celle-ci ainsi que par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé réception adressée à la mutuelle.

Article 8 - Subrogation de la Mutuelle

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, la LMDE est subro- gée de plein droit au bénéficiaire enfant étudiant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la LMDE a exposées à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique du bénéficiaire enfant étudiant.

Article 9 - Représentation des bénéficiaires enfants étudiants au sein de La Mutuelle des Étudiants

À la date de leur adhésion, les bénéficiaires enfants étudiants deviennent membres participants de la LMDE. Leur représentation dans les instances de la LMDE s'exerce dans les conditions prévues aux statuts de la LMDE.

Article 10 - Renseignements - Réclamations

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation de la présente notice doivent être formulées auprès de la LMDE à l'adresse de correspondance TSA mentionnée sur la carte d'adhérent mutualiste.

Article 11 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'autorité de contrôle prudentiel (ACP) - 61, rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09 - est chargée du contrôle de la LMDE.

Article 12 - Informatique et Libertés

Les renseignements concernant le bénéficiaire enfant étudiant de la MGEN figurent sur les fichiers de la LMDE. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, il peut en demander la communication ou la rectification et s'opposer à toute diffusion en s'adressant à :

**La Mutuelle des Etudiants (LMDE)
Service Juridique
37, rue Marceau
94200 Ivry-Sur-Seine**

Titre II - Prestations garanties

Article 13 - Définition des prestations garanties

Le bénéficiaire enfant étudiant défini à l'article 3 bénéficie :

- des prestations complémentaires santé telles que définies à l'article 15 de la présente notice, ainsi que celles définies dans le tableau des prestations santé Offre Jeunes figurant en annexe des règlements mutualistes MGEN,
- des actions de préventions, de promotion de la santé et de la solidarité,
- et plus généralement de toute action relevant de l'objet social de LMDE tel que défini à l'article 2 de ses statuts.

Article 14 - Contrat solidaire et responsable

La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des assurés.

Le contrat est conforme aux conditions relatives au contrat responsable mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et aux textes d'application R. 871-1 et R. 871-2. Il prévoit notamment la prise en charge totale de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention prévues sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Il ne couvre notamment pas la participation forfaitaire et la franchise mentionnées à l'article L.322-2 du code précité

Article 15 - Prestations garanties

À compter du 1^{er} octobre 2012, les prestations garanties par la LMDE au titre du contrat sont les suivantes :

OFFRE JEUNES	12 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Forfait contraception (Pilule contraceptive de nouvelles générations, anneau vaginal et patches contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale) (15 € par trimestre)	60 € (4 trim.)	45 € (3 trim.)	45 € (3 trim.)	45 € (3 trim.)	30 € (2 trim.)	30 € (2 trim.)	30 € (2 trim.)	15 € (1 trim.)
Vaccins, rappels et traitements anti-paludéens non remboursés par la Sécurité	90 €	67,50 €	60 €	52,50 €	45 €	37,50 €	30 €	22,50 €
Forfait Arrêt Tabac (Substituts nicotiniques ouvrant droit au forfait Sécurité sociale)	90 € (2 forfaits de 45 €)	67,5 € (2 forfaits de 33,75 €)	60 € (2 forfaits de 30 €)	52,50 € (2 forfaits de 26,25 €)	45 € (1 forfait de 45 €)	37,50 € (1 forfait de 37,50 €)	30 € (1 forfait de 30 €)	22,50 € (1 forfait de 22,50 €)
Forfait préservatifs féminins et masculins	40 €	30 €	26,50 €	23,50 €	20 €	16,50 €	13,50 €	10 €
Forfait test de grossesse	10 €	7,50 €	6,50 €	6 €	5 €	4 €	3,50 €	2,50 €
Forfait contraception d'urgence (pilule du lendemain)	10 €	7,50 €	6,50 €	6 €	5 €	4 €	3,50 €	2,50 €
Forfait protections auditives (moulées, jetables ou réutilisables)	10 €	7,50 €	6,50 €	6 €	5 €	4 €	3,50 €	2,50 €
Forfait sécurité routière (éthylotests)	10 €	7,50 €	6,50 €	6 €	5 €	4 €	3,50 €	2,50 €
Forfait médicaments (acrnée, allergie) prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	15 €	11,25 €	10 €	8,75 €	7,50 €	6,25 €	5 €	3,75 €

Les modalités de mise en jeu des garanties sont énoncées dans le règlement mutualiste de la LMDE.

Article 16 - Risques exclus

Les risques exclus de la garantie visée à l'article 15 sont ceux définis aux articles 16.5 et 17.3 du règlement mutualiste de la LMDE :

« Article 16 - Prestations Accident

16.5 - Exclusions

Sont exclus :

- les accidents survenus en dehors de la période d'ouverture de droits aux prestations accident,
- les suites d'accidents, d'infirmité dont la survenance est antérieure à la date d'effet du droit aux prestations accident,
- les accidents occasionnés par :
 - l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
 - l'aliénation mentale, les attaques de paralysie, d'apoplexie ou d'épilepsie,
 - une infirmité préexistante,
 - l'ivresse ou l'état alcoolique,
 - la tentative de suicide, l'intoxication, le malaise,
 - l'exercice d'une activité professionnelle dès lors qu'elle n'est pas conseillée ou ordonnée par l'établissement d'enseignement du membre participant ou de ses ayants droit,
 - la navigation aérienne en qualité de personnel navigant, l'usage d'un aéronef privé, les vols d'essai ou sur prototype,
- les sports aériens, le saut à l'élastique, les sports aquatiques pratiqués avec ou sans un engin à moteur, les sports pratiqués avec un véhicule terrestre à moteur, la plongée sous-marine, le combat, les épreuves de sports de neige ou de glace donnant lieu à un classement international, national ou régional, les sports à titre professionnel,
- les guerres civiles ou étrangères, les émeutes, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage auxquels le membre participant ou ses ayants droit participent, les sinistres d'origine nucléaire. »

« Article 17 - Indemnités journalières hospitalières

17.3 - Exclusions

N'ouvrent pas droit au versement de la prestation Indemnités Journalières hospitalières les hospitalisations occasionnées par :

- la faute intentionnelle ou dolosive du membre de la mutuelle,
- l'usage des stupéfiants non prescrits médicalement,
- l'ivresse ou état alcoolique,
- la participation du membre de la mutuelle à des compétitions ou à leurs essais, même à titre amateur, dans les sports suivants :
 - sports pratiqués avec un véhicule terrestre à moteur,
 - sports aériens,
 - sports aquatiques pratiqués avec un engin à moteur,
 - plongée sous marine,
 - sports de neige ou de glace donnant lieu à un classement,
 - combat,
 - la pratique du saut à l'élastique,
- la maladie d'origine psychologique ou psychiatrique (y compris les maladies nerveuses),
- les guerres civiles ou étrangères, émeutes, cataclysmes, sinistres d'origine nucléaire. »

Article 17 - 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 bénéficiaire enfant étudiant, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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

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

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

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

Article 18 - Étendue territoriale des garanties

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 bénéficiaire enfant étudiant, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Titre III - Cotisation

Article 19 - Montant et périodicité de la cotisation

La garantie mentionnée à l'article 15 de la présente notice est accordée moyennant le paiement d'une cotisation annuelle de 154 € par bénéficiaire.

En cas d'adhésion d'un bénéficiaire enfant étudiant en cours d'année universitaire, la cotisation est calculée prorata temporis. Tout mois commencé est dû.

La périodicité de la cotisation est indiquée sur l'échéancier et appelée par le Souscripteur auprès du membre participant.

Article 20 - Révision de la cotisation

Le montant de la cotisation peut être révisé annuellement, en fonction des résultats techniques de l'exercice précédent.

Article 21 - Défaut de paiement de la cotisation

A défaut de paiement de la cotisation due par le Souscripteur à la Mutuelle, dans les 10 jours de son échéance, et après une mise en demeure par lettre recommandée, le contrat d'adhésion collectif est résilié dans les conditions de l'article L. 221-8 I du Code de la Mutualité.

Dans ce cas, la Mutuelle informe chaque membre participant concerné de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre recommandée

Notice d'information

Contrat d'assurance entre IMA Assurances et la MGEN pour l'assistance pour la couverture internationale :

- des bénéficiaires enfants étudiants,
- des bénéficiaires enfants non étudiants de 18 à 28 ans,
- des membres participants étudiants préparant les concours de l'Education nationale (et leur bénéficiaire conjoint).

Préambule

La convention d'assistance Internationale est assurée par INTER MUTUELLES ASSISTANCE ASSURANCES, SA au capital de 5 000 000 euros entièrement libéré, régie par le Code des assurances, sise 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculée au RCS sous le numéro 481.511.632, et mise en œuvre par INTER MUTUELLES ASSISTANCE (IMA GIE*).

1 Groupement d'Intérêt Economique au capital de 3 750 00 €, dont le siège est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculé au registre de Niort sous le n° 433.240.991.

IMA GIE intervient 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, à la suite d'appels émanant de bénéficiaires aux numéros suivants :

Depuis les Etats-Unis : 1 888 251 0765

Depuis le reste du monde : 00 33 (0)5 49 76 66 77*

* Mayotte : 05 49 76 66 77...

Définitions

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

Accident corporel : Evénement soudain, d'origine extérieure au corps humain, involontaire, imprévisible, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

Animaux de compagnie : Les animaux de compagnie sont les animaux domestiques dont l'espèce est depuis longtemps domestiquée, vivant au domicile du bénéficiaire.

Bagages à main : Les bagages à main qu'IMA GIE peut prendre en charge sont les effets transportés par le bénéficiaire, dans la limite de 30 kg, et à l'exception de tout moyen de paiement, des denrées périssables, des bijoux et autres objets de valeur. Sont assimilés aux bagages à main, et gérés comme tels, les vélos, VTT et autres bicyclettes.

Conjoint : Conjoint de droit : l'époux/épouse, ou le partenaire dans le cadre d'un PACS (Pacte Civil de Solidarité). Par conjoint de fait, il faut entendre le concubin.

Domicile : La demeure légale et officielle d'habitation du souscripteur en France ou à dans le pays de stage ou d'études. Les étudiants sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence de leurs parents assurés.

Evénement climatique majeur : Inondations, tempêtes, cyclones, feux de forêt, avalanches, séismes, éruptions volcaniques, mouvements de terrain.

Frais d'hébergement : Frais de la nuit à l'hôtel, et des repas, hors frais de téléphone et de bar.

France : Sont assimilés à la France, la France métropolitaine, les départements d'outre-mer et la principauté de Monaco.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement hospitalier incluant au moins une nuit.

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

N.B. : Ni les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé, ni les retours pour greffe d'organe, ne peuvent être considérés comme des événements donnant droit à une assistance au titre de la maladie si celle-ci n'est pas justifiée par une altération soudaine et imprévisible de l'état de santé au cours du voyage.

Lieu d'études : Localité dans laquelle se trouve le domicile du lieu de stage, d'étude ou de séjour linguistique.

Proche : Parent du bénéficiaire.

Séjour d'étude : Le séjour d'étude comprend les études, les stages et les séjours linguistiques effectués par le bénéficiaire à l'étranger dans le cadre de sa scolarité.

Soins ambulatoires : Tout acte d'exploration ou de chirurgie qui justifie d'un équivalent d'hospitalisation de courte durée (anesthésie générale, hospitalisation de jour, salle de réveil, chimiothérapie, radiothérapie, dialyse).

Soins externes : Toutes les consultations, tous les examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement avec sortie immédiate, les soins dentaires ou optiques, réalisés en cabinet ou à l'hôpital, ne justifiant d'aucune mesure de surveillance spécifique.

1. Domaine d'application

1.1 Bénéficiaires

Tout bénéficiaire (bénéficiaire enfant étudiant ; bénéficiaire enfant non étudiant de 18 à 28 ans ; membre participant étudiant préparant les concours de l'Education nationale et son bénéficiaire conjoint) domicilié :

- en France dans le cadre d'un déplacement touristique,
- ou à l'étranger dans le cadre d'un séjour d'étude,

assuré au titre d'une couverture internationale souscrite auprès de la MGEN, nommément désignée audit contrat, et bénéficiant d'une couverture sociale obligatoire en France.

1.2 Déplacements garantis

Les garanties s'appliquent :

- pendant les séjours d'étude effectués par le bénéficiaire à l'étranger : études, séjours linguistiques ou stages quelle que soit leur durée,
- et pour tout séjour touristique à l'étranger effectué par le bénéficiaire, pour une durée pouvant aller jusqu'à un an.

1.3 Territorialité

Les garanties d'assistance aux personnes décrites dans la suite de ce document s'appliquent sans franchise kilométrique dans le lieu d'études du bénéficiaire, sauf pour la mise en œuvre des secours primaires qui ne sont pas du ressort de l'assistance, et à l'occasion d'un déplacement touristique à l'étranger, pendant la durée de validité de la couverture internationale de la MGEN.

1.4 Evénements générateurs

Ces garanties s'appliquent à la suite d'événements survenant dans le lieu d'études ou au cours d'un déplacement (voir modalités à l'article 2.3), tels que définis ci-après :

- maladie, accident corporel, décès d'un bénéficiaire
- décès ou risque de décès imminent et inéluctable du conjoint de droit ou de fait, d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe au premier degré, d'un frère ou d'une sœur d'un des bénéficiaires
- vol ou perte de papiers d'identité ou de moyens de paiement
- événement climatique majeur.

1.5 Mise en oeuvre des prestations garanties

a) IMA GIE met en œuvre les garanties de la présente convention et assume, pour le compte de la MGEN, la prise en charge des frais y afférents.

b) Les garanties qui sont décrites dans la suite de ce document s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'événement.

- **La responsabilité d'IMA GIE ne saurait être recherchée en cas de manquement aux obligations de la présente convention, si celui-ci résulte de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.**

- **De la même façon, la responsabilité d'IMA GIE ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par IMA GIE.**

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

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

- **Enfin, IMA GIE ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat.**

c) Ces garanties sont mises en œuvre par IMA GIE ou en accord préalable avec lui. Par contre, IMA GIE ne participe pas, en principe, aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

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

e) Les garanties, non prévues dans la présente convention, qu'IMA GIE accepterait de mettre en œuvre à la demande d'un bénéficiaire seront considérées comme une avance de fonds remboursable par le bénéficiaire de la couverture Internationale MGEN.

1.6 Subrogation

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

1.7 Prescription

Toutes les actions dérivant de la convention d'assistance ne sont plus rece-

vables au-delà d'une période de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de prescription s'interrompt notamment par l'envoi d'une lettre recommandée du bénéficiaire à IMA ASSURANCES ou par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre.

1.8 Accès aux données personnelles

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles recueillies et faisant l'objet d'un traitement automatisé par IMA ASSURANCES.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris, 79000 Niort.

2. Frais médicaux

2.1 Orientation médicale hospitalière

IMA GIE est liée par convention avec des établissements hospitaliers à travers le monde.

Ces établissements agréés par IMA GIE ont été sélectionnés en fonction :

- de critères de compétences médicales concernant les plateaux techniques,
- de conditions financières convenues avec IMA GIE afin d'apporter les meilleures réponses possibles aux patients compte tenu de la situation culturelle, géographique, politique, sociale et économique du pays considéré.

En conséquence, l'appel préalable à IMA GIE est la règle, qu'il émane du bénéficiaire, de toute personne disposée à lui porter aide ou de l'établissement hospitalier agréé par IMA GIE.

2.2 Paiement des frais médicaux pour le compte de la MGEN dans le pays de séjour d'études

2.2.1 Hospitalisation et soins ambulatoires

Lorsqu'un bénéficiaire est hospitalisé dans un établissement agréé par IMA GIE, IMA GIE délivre un accord de prise en charge et procède au règlement des frais médicaux et chirurgicaux hospitaliers ou des soins ambulatoires pour le compte de la MGEN, dans la limite de 150 000 € par événement médical ou de 250 000 euros en fonction du contrat souscrit auprès de la MGEN.

Lorsque, pour raison médicale, IMA ASSURANCES est amenée à transférer un bénéficiaire vers un autre pays, elle effectue dans le même temps la garantie des frais médicaux dans ce pays.

Lorsque IMA ASSURANCES n'est pas sollicitée, la MGEN assure directement ses garanties.

2.2.2 Soins externes aux Etats Unis

Pour faciliter l'accès aux soins externes, dans pays reconnu très cher, la MGEN met en place un fond de roulement de 7500 USD à disposition d'Inter Mutuelles Assistance. Celui-ci sera géré, sous leur contrôle, par leur correspondant aux Etats Unis TCS.

TCS met à disposition des étudiants une carte, permettant de recourir au réseau de prestataires médicaux, et faisant mention explicite des franchises inhérentes au contrat souscrit.

Les pièces justificatives originales seront transmises directement à la MGEN SEM par TCS, assorties d'un bordereau récapitulatif permettant de connaître l'état du fond de roulement. Une copie de ce bordereau est transmise en parallèle à Inter Mutuelles Assistance pour assurer le suivi. On convient que la fréquence des envois sera fonction de l'utilisation, et que le fond est abondé dès lors que le plancher de 2 000 USD est atteint.

2.2.3 Cas particuliers

IMA ASSURANCES procède également au règlement de frais pour le compte de la MGEN dans les cas suivants :

- Suivi obstétrical** (visites, examens complémentaires...) : pré et postnatal, dans la mesure où ce suivi entre dans le cadre d'un forfait accouchement,
- Chambre particulière** (de catégorie standard) : dès l'instant où elle n'entraîne pas de surévaluation des prestations médicales et/ou hospitalières, et ce, pour une durée maximale de 30 jours,
- Soins pré et postopératoires** : les actes accessoires tels que les consultations pré et postopératoires liées à une pathologie unique dès lors que les praticiens et/ou l'hôpital acceptent la négociation d'un package,
- Suivi postopératoire extra hospitalier immédiat** : en cas de fin d'hospitalisation précoce, compte tenu des pratiques médicales locales et après accord des médecins d'IMA GIE,
- Soins itératifs et onéreux** : sur seul accord exprès de la MGEN.

2.3 Paiement des frais médicaux pour le compte de la MGEN dans un pays autre que celui de séjour d'étude

Lorsqu'un bénéficiaire voyage dans un pays autre que celui de son pays de séjour d'étude ou à l'occasion d'un séjour touristique, IMA ASSURANCES effectue la garantie des frais médicaux d'hospitalisation ou les soins ambulatoires, mais uniquement en cas d'événement médical soudain et imprévisible ou accidentel.

3. Garanties d'assistance

3.1 Assistance aux bénéficiaires blessés ou malades

3.1.1 Transport sanitaire

En cas de maladie ou d'accident corporel, lorsque les médecins d'IMA GIE, après avis des médecins consultés localement, et si nécessaire du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un transport sanitaire et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA GIE organise et prend en charge le transport du patient :

S'il s'agit d'un séjour d'étude :

- vers l'hôpital adapté le plus proche si l'événement survient sur le lieu d'études

- vers l'hôpital de son lieu d'études ou dans un hôpital adapté si l'événement survient lors d'un déplacement
- ou le cas échéant au domicile de son lieu d'études

Si la situation l'exige, notamment dans l'intérêt médical du patient, les médecins d'IMA GIE peuvent décider du transport sanitaire du patient bénéficiaire en France.

S'il s'agit d'un séjour touristique :

- dans un hôpital adapté proche de l'événement,
- au domicile du patient en France ou dans un hôpital adapté proche du domicile.

Pour un patient ayant bénéficié d'un transport sanitaire, IMA GIE peut prendre charge, en cas de nécessité médicalement justifiée, et sur décision des médecins d'IMA GIE, son hébergement à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3.1.2 Retour dans le lieu d'études

À la suite d'un transport sanitaire tel que défini à l'article 3.1.1, IMA GIE organise et prend en charge, en cas de nécessité, si l'état médical et les soins à poursuivre le permettent, le retour du bénéficiaire à son domicile du lieu d'études.

3.1.3 Prolongation du séjour pour raison médicale

Lorsque le bénéficiaire n'est pas jugé transportable par les médecins d'IMA GIE alors que son état médical ne nécessite plus une hospitalisation, ses frais d'hébergement sont pris en charge par IMA GIE à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3.1.4 Poursuite du voyage

Si les médecins d'IMA GIE jugent que l'état de santé du bénéficiaire ne nécessite pas un retour au domicile, IMA GIE prend en charge ses frais de transport pour lui permettre de poursuivre son voyage interrompu, à concurrence des frais qui auraient été engagés pour le retour à son domicile.

3.2 Assistance en cas décès

3.2.1 Décès d'un bénéficiaire

IMA GIE organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation en France. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil, conforme à la législation et de qualité courante. Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, de convoi et d'inhumation restent à la charge de la famille.

3.2.2 Déplacement d'un proche

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du bénéficiaire décédé, IMA GIE organise et prend en charge son déplacement aller-retour et son hébergement à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3.2.3 Retour anticipé en cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable

En cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable du conjoint (de droit ou de fait), d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe, d'un frère ou d'une sœur du bénéficiaire, IMA GIE organise et prend en charge l'acheminement du bénéficiaire en France :

- jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques,
 - jusqu'au lieu où se trouve le proche dont le décès est imminent et inéluctable, sur décision des médecins d'IMA GIE,
- et le voyage de retour au domicile du lieu d'études.

3.3 Garanties complémentaires

3.3.1 Voyage aller/retour d'un proche

Lorsque, au cours d'un déplacement le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 7 jours, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA GIE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche demeurant dans le lieu d'études et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par nuit, pour une durée maximale de 7 nuits.

De même, si le bénéficiaire réside seul dans ce pays, IMA GIE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche résidant en France et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par nuit, pour une durée maximale de 7 nuits.

Si le blessé ou malade est handicapé, et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge, pour une durée maximale de 7 jours, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

3.3.2 Vol, perte ou destruction de documents

En cas de vol, de perte ou de destruction de papiers d'identité, de moyens de paiement ou de titres de transport, IMA GIE conseille le bénéficiaire sur les démarches à accomplir (dépôt de plainte, oppositions, documents équivalents, démarches à effectuer pour renouveler les documents) et peut, contre reconnaissance de dette, effectuer l'avance de fonds nécessaire au retour au domicile.

3.3.3 Bagages à main, animaux de compagnie

À l'occasion du transport sanitaire d'un bénéficiaire, les animaux de compagnie qui l'accompagnent et ses bagages à main sont rapatriés aux frais d'IMA GIE.

3.3.4 Frais de secours et de recherche

a) Frais de secours

En cas d'accident, IMA GIE prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à une structure médicale adaptée.

b) Frais de recherche

En cas de disparition d'un bénéficiaire hors de son pays de séjour d'étude, IMA GIE prend en charge à concurrence de 15 000 €, dès lors qu'ils sont justifiés, les frais de recherche engagés par les services de secours habilités, sauf s'ils font l'objet d'une prise en charge par l'autorité publique.

Cette prestation n'est pas applicable dans le cadre de compétitions sportives professionnelles et en France.

3.3.5 Recherche et expédition de médicaments et prothèses

En cas de nécessité, IMA GIE recherche, sur le lieu de séjour d'étude ou de séjour touristique, les médicaments prescrits ou leurs équivalents indispensables à la santé du patient. À défaut de pouvoir se les procurer sur le lieu de séjour, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, IMA GIE organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

3.3.6 Événement climatique majeur

a) Attente sur place

Lorsque le bénéficiaire ne peut poursuivre le voyage prévu à la suite d'un événement climatique majeur, IMA GIE prend en charge les frais d'hébergement à concurrence de 50 € par nuit, et ce pour une durée de 7 nuits.

b) Retour du bénéficiaire

Lorsque le bénéficiaire doit interrompre son séjour hors du pays de séjour d'étude en raison d'un événement climatique majeur, et si les conditions le permettent, IMA GIE organise et prend en charge son retour au domicile du séjour d'étude.

La prise en charge de ces garanties n'est effective que si elles ont été mises en œuvre après accord d'IMA GIE et dès lors qu'il n'y a aucune prise en charge de la part des autorités françaises, des autorités du pays sinistré, des organismes de voyage ou des compagnies de transport concernés.

IMA GIE se réserve le droit d'exercer tout recours auprès de ces organismes de voyage et compagnies de transport.

3.3.7 Frais de télécommunications

Les frais de télécommunications engagés par le bénéficiaire pour joindre IMA GIE à l'occasion d'une intervention d'assistance ou d'une demande de renseignement sont remboursés par IMA GIE sur justificatifs.

3.4 Avance de fonds, frais de justice et caution pénale

3.4.1 Avance de fonds

IMA GIE peut, contre reconnaissance de dette, consentir au bénéficiaire en déplacement une avance de fonds pour lui permettre de faire face à une dépense découlant d'une difficulté grave et de caractère imprévu.

Ces avances de fonds sont remboursables dans un délai d'un mois après le retour du bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à domicile.

3.4.2 Frais de justice à l'étranger

IMA GIE avance, dans la limite de 3 000 €, les honoraires d'avocat et frais de justice que le bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère, en cas d'accident, de vol, de dommages ou de tout autre préjudice subi au cours du séjour ou du voyage.

Cette avance est remboursable dès le retour du bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à domicile, dans un délai d'un mois.

3.4.3 Caution pénale à l'étranger

IMA GIE effectue le dépôt des cautions pénales, civiles ou douanières, dans la limite de 10 000 €, en cas d'incarcération du bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être.

Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance auprès de la personne morale. Il devra être intégralement remboursé par le bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à IMA GIE dans un délai d'un mois suivant son versement.

4. Services d'informations

4.1 Conseils médicaux

Des conseils médicaux pour un déplacement à l'étranger pourront être donnés par les médecins d'IMA GIE :

- lors de la préparation du voyage (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées),
- pendant le voyage (choix d'établissement hospitalier),
- et au retour du voyage (tout événement médical survenant dans les suites immédiates).

Ces conseils ne peuvent, pour autant, être considérés comme des consultations médicales.

4.2 Renseignements pratiques

Des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages, pourront être communiqués (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques ...).

4.3 Assistance linguistique

Le bénéficiaire en déplacement hors du pays de séjour d'étude ou à l'occasion d'un séjour touristique, confronté à de graves difficultés de communication dans la langue du pays où il se trouve, peut solliciter IMA GIE qui lui permet de bénéficier du service de ses linguistes.

4.4 Messages urgents

IMA GIE se charge de transmettre des messages urgents en rapport avec un événement grave. IMA GIE ne peut être tenu responsable du contenu des messages, qui sont soumis à la législation française et internationale.

5. Exclusions

Les frais suivants ne sont pas pris en charge par IMA GIE :

- les soins externes : ils sont assurés par la MGEN selon les dispositions prévues dans ses garanties,
- les frais médicaux engagés en France : ils sont assurés par la MGEN selon les dispositions prévues dans ses garanties,
- les frais d'hébergement en France,
- l'achat ou la location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et d'appareils pour exercices physiques, les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc.),
- les dépenses liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,
- les soins de chirurgie plastique ou reconstructive demandés pour des raisons exclusivement esthétiques en dehors des interventions sur blessure, malformation ou lésion liées à des maladies, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amaigrissement, les voyages à visée thérapeutique,
- les soins dentaires réalisés en externe, quel que soit leur montant,
- les frais liés à des accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel, de la pratique ou de la participation en amateur à une course, une compétition, un concours, un rallye ou des essais nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien, ou aquatique à moteur,
- les frais liés à des accidents résultant de l'utilisation en tant que pilote ou passager d'un ULM, deltaplane, aile volante, parachute ou parapente,
- les frais nés de la participation de l'adhérent à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes, des paris de toute nature.

Notice d'information Conditions générales du contrat caution locative

Lexique

Le **membre participant**, tel que défini par les statuts de la MGEN, est signataire d'un contrat de bail à usage exclusif d'habitation principale. Il est également désigné **locataire**. Le co-signataire du contrat de bail est désigné **co-locataire**.

Le **baillieur** est la personne physique ou morale, propriétaire du bien à usage exclusif d'habitation principale. Le **bail** est le contrat, portant sur le bien loué, conclu entre le baillieur et le(s) locataire(s).

Le **loyer** désigne le prix de la location du bien. Les **charges** locatives, accessoires au loyer, correspondent aux charges et taxes récupérables sur le locataire.

Le terme **impayé** désigne le défaut de paiement du loyer et des charges locatives par le(s) locataire(s) après la date d'exigibilité prévue par le bail.

La **garantie** désigne la caution locative MGEN garantissant les loyers et les charges locatives impayés. La MGEN est nommée le **garant MGEN**.

La **caution solidaire d'une personne physique** garantit le remboursement au garant MGEN, du montant des loyers et charges locatives impayés, réglés au baillieur en lieu et place du (des) locataire(s).

Article 1 - Objet

Le contrat caution locative a pour but de permettre aux jeunes à la recherche d'un logement, de pouvoir présenter une garantie de solvabilité au baillieur.

Le contrat caution locative a pour objet de garantir au baillieur, le paiement des loyers et des charges locatives en cas d'impayés du (des) locataire(s) dans les conditions définies au présent contrat.

Le contrat caution locative est un engagement de caution solidaire régi par les articles 2288 et suivants du Code civil et par l'article L.111-1 du Code de la mutualité.

Le présent contrat conclu entre le garant MGEN, le(s) locataire(s), et le baillieur est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières.

Article 2 - Conditions d'accès à la garantie

La garantie est ouverte aux membres participants de la MGEN.

Dans le cas où un locataire et un co-locataire sont signataires du bail, chacun d'eux doit être signataire de la demande d'adhésion au contrat caution locative.

Article 3 - Champ d'application de la garantie

Pour pouvoir adhérer au contrat caution locative, le bien loué doit respecter les conditions cumulatives suivantes :

- Bien à usage exclusif d'habitation principale. Les locaux accessoires au bien à usage d'habitation principale (tels que garage, cave, parking...) entrent dans le champ d'application de la garantie, à condition qu'ils soient inclus dans le même bail que le bien à usage d'habitation.
- Bien situé en France métropolitaine, ou dans les départements d'Outre Mer. Les biens situés dans un pays d'Outre Mer ou à l'étranger n'entrent pas dans le champ d'application de la garantie.
- Location ayant donné lieu à la signature d'un contrat de bail rédigé conformément à la législation en vigueur et respectant les dispositions cumulatives suivantes :

- le montant mensuel initial du loyer et des charges locatives (provisions) mentionné dans le bail ne peut être supérieur à 1000 euros.
À compter de l'année 2009, ce montant maximum de 1000 euros sera revu chaque année en fonction de la variation annuelle de l'indice de référence des loyers publié par l'INSEE. Cette révision prendra effet le 1^{er} avril de chaque année, une fois publié l'indice de référence des loyers du 4^e trimestre de l'année N-1 (année précédant celle de la révision),
- le nombre maximum de locataires signataires du bail est fixé à deux personnes. Dans le cas où deux locataires sont signataires du bail, ce dernier prévoit une clause d'indivisibilité et de solidarité pour toute la durée du bail, laquelle permet au bailleur de réclamer le règlement du loyer et charges locatives indifféremment à l'un ou l'autre des locataires,
- la durée contractuelle du bail est supérieure ou égale à un an,
- une clause résolutoire (permettant la résiliation du bail à l'initiative du bailleur) est prévue en cas de défaut de paiement des loyers.

La garantie n'est pas accordée dans le cas d'un bail ayant déjà pris effet (locataires déjà présents dans les lieux au jour de la demande d'adhésion), sauf en cas de renouvellement de la garantie dans les conditions prévues à l'article 4.2.

Article 4 - Prise d'effet et durée de la garantie

4.1. La garantie est accordée pour une durée de 3 ans à compter de la date d'effet du bail, sous réserve de la signature du présent contrat par chacune des parties (le garant MGEN, le(s) locataire(s), le bailleur).

4.2. À l'issue de la durée citée ci-dessus (cf. 4.1), et en cas de reconduction du bail, la garantie est renouvelable, une fois, pour une durée de 3 ans, sous réserve de l'accord exprès du garant MGEN.

En cas de demande de renouvellement de la garantie, le garant MGEN procédera à une nouvelle étude du dossier. Le garant MGEN pourra exiger du bailleur, du (des) locataire(s), toutes pièces justificatives nécessaires à une nouvelle étude du dossier, ainsi que toute garantie (telle la caution solidaire d'une personne physique si nécessaire, mentionnée à l'article 6).

Article 5 - Etendue de la garantie

La garantie est limitée à dix huit mensualités de loyers et charges locatives (révisées annuellement) impayées, sur la durée contractuelle de 3 ans (énoncée à l'article 4.1).

En cas de demande de renouvellement de la garantie dans les conditions énoncées à l'article 4-2, la garantie sera de nouveau limitée à 18 mensualités de loyers et de charges locatives (révisées annuellement) impayées.

Article 6 - Conditions financières d'adhésion à la garantie

Les locataires peuvent adhérer au présent contrat au regard notamment des conditions suivantes :

- Le revenu mensuel* du (des) locataire(s) est égal ou supérieur à deux fois et demie le montant du loyer plus charges locatives mensuels, et un au moins des deux locataires justifie de la qualité de fonctionnaire (titulaire, stagiaire) ou de salarié bénéficiaire d'un contrat de travail à durée indéterminée (la période d'essai doit être achevée). Ces deux conditions sont cumulatives.

• La garantie est confortée en cas de besoin par la caution solidaire d'une personne physique. Celle-ci est rendue obligatoire dès lors que :

- le revenu mensuel* du (des) locataire(s) est compris entre deux et deux fois et demie le montant du loyer plus charges locatives mensuels,

ou

- le(s) locataire(s) est (sont) titulaire(s) d'un contrat de travail à durée déterminée.

- La garantie est refusée si le revenu mensuel* du(des) locataire(s) est inférieur deux fois le montant du loyer plus charges locatives mensuels.

La personne physique qui se porte caution solidaire devra disposer d'un revenu mensuel* égal ou supérieur à deux fois et demie le montant mensuel du loyer et des charges locatives, et présenter les justificatifs suivants :

- une photocopie de la pièce d'identité,
- une photocopie des trois derniers bulletins de salaire (à défaut une attestation de l'employeur précisant le montant du salaire ou du traitement net mensuel),
- pour les fonctionnaires titulaires, l'arrêté de nomination; pour les salariés, une attestation de l'employeur précisant que le salarié est sous contrat à durée indéterminée et que la période d'essai est achevée.

* On entend par revenu mensuel, le traitement ou salaire net mensuel. Son dont notamment exclus les allocations de toute nature (logement, familiales...), les indemnités de toute nature (chômage...), le revenu minimum d'insertion, les pensions alimentaires...

Article 7 - Démarches à accomplir pour bénéficier de la garantie

Dès réservation de son logement, le(s) locataire(s) constitue(nt) un dossier composé des pièces suivantes :

- La demande d'adhésion ainsi que le présent contrat paraphé et signé, et le cas échéant, l'acte de caution solidaire personne physique, rempli, daté et signé par cette dernière,
- Une photocopie de la pièce d'identité,
- Une photocopie des trois derniers bulletins de salaire (à défaut une attestation de l'employeur précisant le montant du salaire ou du traitement net mensuel),
- L'arrêté de nomination pour les fonctionnaires titulaires ; pour les stagiaires, tout document émanant de l'administration justifiant de cette qualité,
- Pour les salariés (CDI, CDD, agents non titulaires) une attestation de l'employeur précisant si la personne bénéficie :
 - d'un contrat de travail à durée indéterminée, avec indication que la période d'essai est achevée,

- ou d'un contrat de travail à durée déterminée, avec indication de la date de fin de contrat.

- La proposition datée et signée de l'agence ou bailleur précisant la durée du bail, sa date d'effet, le montant du loyer et des charges locatives mensuels, ainsi que l'adresse du bien loué
- Le relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

Article 8 - Cotisation

Le montant annuel de la cotisation est fixé en pourcentage du montant annuel du loyer et des charges locatives indiqués dans le bail. Le taux de cotisation est fixé à 2%.

Dans le cas où une Caution solidaire personne physique est apportée par le(s) locataire(s), le taux de cotisation est réduite 1,50%.

La garantie est accordée moyennant l'encaissement d'une cotisation sur la durée du contrat. Elle est appelée annuellement sur la durée du contrat et payable en une ou plusieurs fois.

Le garant MGEN remet au membre participant un document indiquant notamment le montant de la cotisation et un échéancier de paiement.

En cas de non paiement, le garant MGEN pourra recouvrer la cotisation par voie amiable et contentieuse, indifféremment auprès d'un des deux locataires.

Article 9 - Mise en jeu de la garantie

Formalités en cas d'impayés - Obligation du bailleur

En cas d'impayés du (des) locataire(s), le bailleur adresse au(x) locataire(s) un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception, lui (leur) demandant de régulariser les loyers et charges impayés.

Le bailleur adresse au garant MGEN - **Unité de gestion Prestations et Services - Secteur habitat - BP 293-75921 Paris cedex 19**, une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, indiquant le décompte détaillé des loyers et des charges locatives impayés au jour de la déclaration. Il y joint la(les) copies des courriers de relance adressés au(x) locataire(s).

La mise en demeure doit être adressée dans un délai maximum de deux mois suivant l'impayé, sous peine de forclusion.

Paiement des prestations - obligation du garant MGEN

Le garant MGEN est tenu de payer au bailleur les loyers et charges locatives impayés, dans les 15 jours ouvrés suivant la réception de la mise en demeure et dans les limites fixées à l'article 5.

Recouvrement - obligation des locataires

Suite au règlement effectué par le garant MGEN au bailleur, le garant MGEN dispose d'un recours, fondé sur les articles 2305 et 2306 du Code civil, contre le(s) locataire(s).

À cet effet, le remboursement des sommes versées au bailleur au titre de la garantie sera exigé du (des) locataire(s), selon des modalités définies d'un commun accord entre les parties sans que le plan de remboursement puisse dépasser 24 mois, et le cas échéant de la caution solidaire de la personne physique par tous les moyens de droit.

Article 10 - Risques exclus

Sont notamment exclus de la garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge du garant, les frais liés :

- aux dommages matériels causés au bien loué,
- aux indemnités d'occupation,
- aux accessoires de la dette (intérêts stipulés dans le bail, frais éventuels de procédure amiable ou judiciaire, dommages et intérêts...),
- au non paiement des loyers, lorsque ce non paiement est légitimé ou consécutif à des dispositions d'ordre général prises par une assemblée ou un organisme représentant les locataires, ou par une autorité légale.

Article 11 - Engagements des parties

Engagements du (des) locataire(s)

Le(s) locataire(s) s'engage(nt) :

- à fournir des informations exactes et sincères pour la constitution du dossier de cautionnement. Toute fausse déclaration entraîne un refus immédiat,
- à informer le garant MGEN, sous quinzaine de tout congé donné au bailleur ou reçu de ce dernier,
- solidairement au paiement de la cotisation définie à l'article 8,
- à rembourser au garant MGEN la totalité des sommes que celui-ci serait appelé à verser au bailleur en cas de mise en jeu de la garantie.

Engagements du bailleur

Le bailleur s'engage :

- à remettre au garant MGEN dans un délai maximum de 15 jours suivant la date de signature du présent contrat, une copie du bail, les présentes conditions générales paraphées et les conditions particulières signées. À défaut, la garantie sera caduque,
- à adresser dans les huit jours au garant MGEN une quittance subrogative suite au règlement effectué par cette dernière. À défaut de retour dans les huit jours suivant la date de règlement effectué par la MGEN, le garant se réserve le droit de réclamer au bailleur les sommes que la MGEN lui a versées au titre du (des) loyer(s) et des charges locatives impayés,
- à mettre en jeu la garantie dans le respect des conditions décrites à l'article 9,
- à porter à la connaissance du garant MGEN, dans les formes et délais prévus par la loi, toute procédure judiciaire liée au non paiement des loyers engagée à l'encontre du (des) locataire(s),
- à respecter à l'égard du garant MGEN, les formes et délais prévus par

la loi en cas de mise en jeu de la clause résolutoire ayant pour objet la résiliation du bail.

Engagements du garant MGEN

Le garant MGEN s'engage à régler au bailleur le loyer et les charges locatives impayés, dans les conditions définies au présent contrat.

Article 12 - Cessation de la garantie

La garantie cesse en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- terme du présent contrat,
- résiliation, novation du bail,
- cession de bail par le(s) locataire(s) signataire(s) du présent contrat, sauf si le bail se poursuit au bénéfice d'un locataire déjà adhérent au présent contrat,
- décès ou départ brusque et imprévisible du (des) locataire(s) signataire(s) du présent contrat sans respect du préavis contractuel, sauf si le bail se poursuit au bénéfice d'un locataire déjà adhérent au présent contrat,
- divorce, séparation de corps ou de fait des époux, sauf si le bail se poursuit au bénéfice d'un locataire déjà adhérent au présent contrat.

Notice d'information Caution acquisition MGEN

Article 1 - Objet de la garantie

En application du règlement mutualiste 2 MGEN, le contrat de caution acquisition (ci-après désigné la caution) a pour objet de garantir à l'organisme prêteur le remboursement des prêts immobiliers (capital, intérêts, accessoires) contractés par le membre participant de la MGEN (ci-après désigné l'emprunteur).

L'organisme prêteur appelle en garantie la MGEN (ci-après désignée le garant) lorsque l'emprunteur et le co-emprunteur, adhérents au présent contrat, ne peuvent plus faire face à leur obligation de remboursement. Le garant pourra ensuite exiger de ces derniers le remboursement des sommes versées par tous les moyens de droit.

L'emprunteur doit obligatoirement être membre participant de la MGEN dans les conditions définies par ses statuts, et être fonctionnaire titulaire/stagiaire ou salarié bénéficiaire d'un contrat de travail à durée indéterminée (la période d'essai doit être achevée), ou retraité titulaire d'une pension.

La caution est un engagement de caution solidaire régi par les articles 2288 et suivants du Code civil et par l'article L.111-1 du Code de la mutualité.

Article 2 - Champ d'application de la caution

2.1. Opérations immobilières

Seuls les prêts immobiliers destinés au financement d'une acquisition, construction, amélioration de l'habitat ou rachat de prêts immobiliers, d'un bien se rapportant à la liste définie ci-dessous, peuvent être objet de la caution :

- la résidence principale, la résidence secondaire, la résidence de retraite,
- la résidence pour enfant étudiant à charge au sens du Code général des Impôts ou bénéficiaire d'une pension alimentaire apparaissant sur l'avis d'imposition du demandeur. La résidence doit se situer dans la ville ou sa périphérie où l'enfant poursuit ses études,
- la résidence pour enfant en situation de handicap,
- la résidence à usage gracieux pour ascendant au 1^{er} degré, à charge en raison de sa situation financière ou de son état de santé,
- l'acquisition d'un terrain destiné à la construction de la résidence, à condition que l'emprunteur puisse justifier de disposer des fonds nécessaires au financement de la construction et des justificatifs attestant du projet de construction,
- l'acquisition d'un terrain non constructible rattaché à la résidence principale, permettant d'agrandir l'espace de vie,
- la piscine ou le terrain de tennis rattaché(e) à la résidence principale,
- la résidence acquise auprès d'une Société Civile Immobilière de construction vente à la condition expresse que ladite société soit dissoute dès l'acquisition du bien par le membre participant.

Dans la liste ci-dessus, on entend par « résidence » la maison ou l'appartement à usage d'habitation. Cependant, dans le cas de la résidence principale, est également visée la péniche à usage d'habitation.

Les opérations immobilières destinées à la location même temporaire de la résidence sont exclues du champ d'application de la caution.

Le bien immobilier doit être situé en France métropolitaine, ou dans les départements d'Outre Mer. Les biens situés dans un pays d'Outre Mer ou à l'étranger n'entrent pas dans le champ d'application de la caution.

2.2. Prêts cautionnables

Le prêt cautionné doit appartenir à l'une des trois catégories définies ci-dessous :

- prêt amortissable à taux fixe ou révisable,
- prêt relais avec différé d'amortissement ou non d'une durée initiale de 2 ans maximum, à condition que l'immeuble offert en garantie ne soit

Le(s) locataire(s) et le bailleur s'engagent à avertir sans délai le garant MGEN de la survenance de l'un de ces événements.

La garantie locative s'éteint également pour les causes normales d'extinction du cautionnement telles que prévues par la loi.

Article 13 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, ACAM, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la MGEN.

Article 14 - Informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant. Le membre participant bénéficie, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de Centre MGEN - Gestion CNIL - 6B avenue Joseph Rollo - 78320 La Verrière.

pas déjà grevé de sûretés réelles (hypothèque ou privilège du prêteur de deniers),

- prêt à taux zéro plus (PTZ plus).

La durée du(des) prêt(s) objet(s) de la caution ne doit pas excéder 30 ans.

2.3. Organismes prêteurs

Les organismes prêteurs bénéficiaires de la caution sont les établissements de crédit, avec lesquels le garant a conclu une convention en vigueur au jour de l'étude du dossier, à savoir :

- les Caisses d'Épargne Ecureuil,
- BNP Paribas Personal Finances,
- la Casden - Banque Populaire,
- la Banque Postale,
- le Crédit Mutuel Enseignant des départements des Côtes-d'Armor, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin et Vosges.

Article 3 - Prise d'effet et durée de la caution

La caution est accordée à compter de la date d'effet du contrat d'assurance de prêt(s) et jusqu'au terme du (des) prêt(s) objet(s) de la caution, dans la limite de 30 ans.

Article 4 - Etendue de la caution

La caution couvre le montant des prêts relatifs à l'opération immobilière, telle que définie à l'article 2.1, dans la limite d'un montant fixé à 550 000 euros.

Dans le cas où l'emprunteur et/ou le co-emprunteur demandent à bénéficier d'une nouvelle caution pour une autre opération immobilière, le montant plafond de 550 000 euros sera minoré du montant de capital restant dû au titre des autres opérations immobilières en cours cautionnées par le garant.

Article 5 - Conditions d'attribution de la caution

Pour demander à bénéficier de la caution, l'emprunteur et le co-emprunteur doivent constituer un dossier composé des éléments demandés par la section départementale. Ils doivent en outre répondre aux conditions suivantes :

5.1. Conditions d'âge

L'emprunteur et le co-emprunteur doivent être âgés de moins de 69 ans lors de la demande de caution.

Dans le cas où l'emprunteur et/ou le co-emprunteur dépasse(nt) l'âge limite de 75 ans en cours de prêt, la caution est refusée, à moins que l'organisme prêteur accepte que l'engagement du garant prenne fin au 75^e anniversaire de l'emprunteur et/ou du co-emprunteur, et non pas à la fin du prêt.

5.2. Conditions financières

Sont prises en compte dans le cadre de l'analyse financière du dossier, les ressources de l'emprunteur et si nécessaire les ressources du co-emprunteur si ce dernier justifie de la qualité de fonctionnaire titulaire/stagiaire ou de salarié bénéficiaire d'un contrat à durée indéterminée (la période d'essai doit être achevée) ou de retraité titulaire d'une pension.

Le garant procède à l'étude financière du dossier au regard notamment des critères financiers suivants :

- les charges de l'emprunteur et du co-emprunteur (5.2.1),
- les ressources de l'emprunteur, et le cas échéant du co-emprunteur (5.2.2),
- le quotient familial (5.2.3),
- l'apport personnel (5.2.4).

5.2.1. Charges

- les remboursements des prêts objet de la caution,
- les remboursements des prêts non objet de la caution, mais liés à l'opération,
- les remboursements des crédits en cours non liés à l'opération cautionnée,
- les pensions et allocations versées par l'emprunteur ou le co-emprunteur (pensions alimentaires, prestations compensatoires, autres pensions...),
- les loyers et charges locatives.

5.2.2. Ressources

- les traitements ou salaires, les pensions de retraite et les indemnités ou primes à caractère récurrent,
- les revenus locatifs pris en compte à hauteur de 75% des revenus issus des biens mis en location,
- les prestations familiales à condition qu'elles soient versées sur toute la durée du prêt.

5.2.3. Quotient familial

Le nombre de personnes au sein du foyer (notamment le nombre d'enfants) est pris en compte dans l'étude financière du dossier.

5.2.4. Apport personnel

Un apport personnel est exigé de la part des emprunteurs dans le cas où le montant des prêts est supérieur à 130 000 euros.

Cet apport personnel ne peut être constitué par un recours à l'emprunt (sauf s'il s'agit d'un prêt d'épargne logement, prêt à taux zéro plus et 1% patronal). Son montant, exprimé en pourcentage du coût total de l'opération (frais de notaire et d'agence compris), est fixé à :

- 10 % pour l'acquisition d'un logement ancien sans travaux,
- 15 % pour l'acquisition d'un logement ancien avec travaux,
- 20 % pour l'acquisition d'un logement neuf.

5.3. Condition d'assurance

L'emprunteur, le co-emprunteur, la caution personne physique, doivent adhérer pour les prêts objet de la caution au contrat d'assurance collectif souscrit par le garant auprès de CNP assurances, en couverture des risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et Incapacité Totale de Travail (ITT).

L'emprunteur, le co-emprunteur, la caution personne physique, doivent être obligatoirement assurés chacun à hauteur de 100% des montants cautionnés. Après étude des conditions de ressources, le garant pourra demander à l'emprunteur et/ou au co-emprunteur d'adhérer au contrat chômage souscrit par le garant auprès de CNP Assurances.

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur, bénéficiaire du régime de l'Assedic ou équivalent au sens du Code du travail, devra (devront) obligatoirement souscrire ledit contrat d'assurance chômage si le garant l'exige.

5.4. Conditions matrimoniales

Pour les couples mariés sous le régime de la séparation de biens ou de la participation aux acquêts et pour les concubins, l'achat doit être fait en indivision et la répartition précisée dans le dossier de demande. La caution n'est accordée que si les co-indivisaires sont cautions solidaires réciproques.

Pour les couples mariés sous le régime de la communauté réduite aux acquêts ou de la communauté universelle et pour les couples ayant conclu un PACS, le conjoint doit être co-emprunteur solidaire.

Un membre participant en instance de divorce ne peut bénéficier du cautionnement du garant que s'il est marié sous le régime de la séparation de biens.

5.5. Condition de propriété

Le membre participant doit ou devra être propriétaire au moins à hauteur de 50 % du bien objet de la caution.

5.6. Décision d'attribution de la caution

Après étude du dossier au regard des critères juridiques, administratifs, et financiers, mentionnés dans la présente notice, le garant notifie sa décision d'accord ou de refus au membre participant emprunteur. À cet effet, il s'appuie sur l'étude des documents juridiques et financiers fournis par l'emprunteur dans le cadre de la constitution du dossier.

Article 6 - Cotisation

La caution est accordée moyennant l'encaissement d'une cotisation.

Le montant de cette cotisation est calculé en appliquant à chaque tranche de montant emprunté, les taux de cotisation suivants :

- De 0 à 80 000 euros, le montant de la cotisation est de 30 euros intégrant les frais de dossier,
- De 80 000 à 130 000 euros, le taux de cotisation est de 0,10% (frais de dossier inclus),
- De 130 000 à 550 000 euros, le taux de cotisation est de 0,40% (frais de dossier inclus).

Exemples :

- pour un prêt de 60 000 euros, le montant de la cotisation s'élèvera à 30 euros.

- pour un prêt de 110 000 euros, le montant de la cotisation sera calculé selon les modalités suivantes : $30 \text{ €} + [(110\,000 \text{ €} - 80\,000 \text{ €}) \times 0,10\%] = 60 \text{ €}$
- pour un prêt de 500 000 euros, le montant de la cotisation sera calculé selon les modalités suivantes : $30 \text{ €} + [(130\,000 \text{ €} - 80\,000 \text{ €}) \times 0,10\%] + [(500\,000 \text{ €} - 130\,000 \text{ €}) \times 0,4\%] = 1\,560 \text{ €}$

En cas d'adhésion à un contrat d'assurance en couverture des prêts (risques décès, PTIA, ITT et/ou chômage), autre que le contrat souscrit par le garant auprès de CNP Assurances, le montant de la cotisation sera multiplié par deux.

La caution est payable en une seule fois par prélèvement automatique sur le compte du membre participant au moment de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat.

En cas de remboursement anticipé du (des) prêt(s), la cotisation n'est pas remboursable.

En cas de non paiement, le garant pourra recouvrer la cotisation par voie amiable et contentieuse indifféremment auprès de l'emprunteur ou du co-emprunteur, tenus solidairement.

Article 7 - Mise en jeu de la caution

La caution ne peut être mise en jeu qu'à la condition que le contrat de prêt conclu entre l'organisme prêteur, l'emprunteur et le co-emprunteur soit valablement formé.

Lorsque la caution est actionnée, le garant se substitue à l'emprunteur et au co-emprunteur dans tout ou partie de leurs obligations à l'égard de l'organisme prêteur, dans les conditions et limites définies par la présente notice.

Une fois la substitution intervenue, le garant, conformément aux articles 2305 et 2306 du Code civil, dispose d'un recours contre l'emprunteur et le co-emprunteur défallants pour recouvrer sa créance, en capital, intérêts, frais et accessoires.

Le garant pourra inscrire une hypothèque sur le bien objet du (des) prêt(s) ou sur tout autre bien immobilier, appartenant à l'emprunteur et/ou au co-emprunteur, ce afin de garantir sa créance, en capital, intérêts, frais et accessoires.

Article 8 - Engagement des parties

8.1. L'emprunteur et le co-emprunteur s'engagent à accepter les dispositions de la présente notice et à fournir des informations exactes et sincères pour la constitution du dossier de cautionnement.

Toute fausse déclaration entraîne un refus immédiat, et supprime l'obtention de la caution pour toute demande ultérieure.

L'emprunteur et le co-emprunteur s'engagent à adresser à l'organisme prêteur les attestations d'engagement de caution du garant et d'assurance de prêts, et s'engagent aussi au paiement de la cotisation dans les conditions définies à l'article 6.

8.2. En cas de rachat partiel anticipé de prêt immobilier, la caution ne peut être accordée qu'après production par le bénéficiaire de la mainlevée des hypothèques grevant le bien objet du (des) prêts cautionné(s) ou d'un état hypothécaire vierge.

8.3. Par la signature de la présente notice, les emprunteurs et le co-acquéreur attestent que :

- le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s) n'est grevé d'aucune sûreté réelle,
- le terrain ou la résidence rattachée à l'opération immobilière objet du (des) prêt(s) cautionné(s) n'est grevé d'aucune sûreté réelle.

L'emprunteur, le co-emprunteur et le co-acquéreur, s'engagent également en cours de prêt à ne pas consentir d'hypothèque au profit de tiers sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s), sans avoir obtenu au préalable l'accord du garant, et à avertir la MGEN en cas d'inscription d'hypothèque judiciaire.

Lors de la demande d'adhésion à la caution, l'emprunteur, le co-emprunteur et le co-acquéreur s'engagent à renseigner et signer la promesse d'affectation hypothécaire au profit du garant sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s). Au cours du (des) prêt(s) cautionnés, l'emprunteur, le co-emprunteur et le co-acquéreur s'engagent à inscrire ladite hypothèque à leurs frais et à la première demande du garant dans les cas suivants :

- non paiement de trois échéances consécutives du (des) prêt(s) cautionné(s),
- inscription de garanties (hypothèque, ...), consenties ou non, sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s),
- changement de statut professionnel entraînant la radiation du contrat chômage,
- maintien de l'engagement de caution par le garant suite au rachat du prêt cautionné par un nouvel organisme partenaire cité à l'article 2.3 de la notice d'information ou au transfert ultérieur du bien vers une société civile immobilière (art. 9 alinéa 3).

Article 9 - Cessation de la caution

La caution devient caduque en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- remboursement à terme du ou des prêts cautionnés,
- remboursement anticipé total des prêts cautionnés,
- non acceptation par l'emprunteur de l'offre préalable de crédit à l'issue des délais légaux,
- caducité, nullité, résolution ou novation du (des) contrat(s) de prêt

- objet(s) de la caution,
- rachat du ou des prêts par un organisme autre que ceux cités à l'article 2.3 de la présente notice d'information,
- modification de l'offre de prêt n'ayant pas fait l'objet d'un agrément par le garant,
- non conclusion, nullité ou résolution de l'opération immobilière pour laquelle le(s) prêt(s) a (ont) été demandé(s).

La caution s'éteint également pour les causes normales d'extinction du cautionnement telles que prévues par la loi.

La survenance de l'un des événements suivants :

- rachat du prêt cautionné par un nouvel organisme partenaire cité à l'article 2.3 de la présente notice,
 - transfert ultérieur du bien vers une Société Civile Immobilière,
 - renégociation du (des) prêts cautionné(s) auprès du même organisme prêteur,
- entraîne une nouvelle étude du dossier par le garant qui peut aboutir soit au maintien de l'engagement caution (éventuellement sous réserve de l'inscription de l'hypothèque prévue à l'article 8 du présent règlement et dans les mêmes conditions), soit à l'extinction de l'engagement de caution.

Les emprunteurs s'engagent à avertir sans délai le garant de la survenance de l'un de ces événements.

Notice d'information Garantie invalidité additionnelle au régime Corem

Le présent document constitue la notice d'information de l'adhésion individuelle à la garantie invalidité additionnelle au régime Corem

Lexique

Le membre participant : Personne qui adhère à la garantie invalidité additionnelle au Corem et acquiert la qualité de membre participant de la MGEN au sens du Code de la mutualité.

Le Corem : Régime de retraite par points assuré par l'UMR, Union Mutualiste Retraite, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, RNM n° 442 294 856, siège social, 3, square Max-Hymans 75015 Paris.

Le membre participant MGEN : Personne qui a adhéré à la MGEN (en application des statuts de la MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par la MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

Le bénéficiaire conjoint MGEN : Personne qui bénéficie de l'extension de la couverture MGEN d'un membre participant de la MGEN (en application des statuts de la MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par la MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

Article 1 - Objet de la Garantie

La Garantie invalidité additionnelle au Corem, prévue à l'article 28 du règlement mutualiste 2 de la MGEN, a pour objet d'assurer, en cas d'invalidité du membre participant ou du bénéficiaire conjoint, la continuité du plan de retraite dans lequel il s'est engagé.

Article 2 - Conditions d'adhésion à la garantie

L'adhésion à la garantie est ouverte aux membres participants MGEN et bénéficiaires conjoints MGEN en activité ayant souscrit un Corem et âgés de moins de 57 ans.

Une demande d'adhésion présentée en cours d'arrêt de travail ou en période d'invalidité n'est pas recevable.

Article 3 - Prise d'effet de l'adhésion

Sous réserve du paiement de la première cotisation, l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande d'adhésion jusqu'au 31 décembre de la même année. L'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier.

Un délai d'attente de 3 ans à compter de la date d'effet de l'adhésion est appliqué au bénéfice de la garantie. Toute survenance du risque pendant ce délai ne donne pas lieu à versement de la prestation et entraîne la résiliation de l'adhésion de plein droit sans remboursement des cotisations. L'évènement matérialisant la réalisation du risque est la date de classement en invalidité.

Article 4 - Cessation de la Garantie

Le droit à garantie cesse à la date de survenance d'un des événements suivants :

- la liquidation des droits à pension vieillesse du membre participant,
- la liquidation des droits à rente du produit Corem,
- la résiliation du membre participant conformément à l'article 11 de la présente notice,
- le 60^e anniversaire du membre participant,
- le décès du membre participant,
- la réalisation du risque.

Article 5 - Bénéficiaire de la prestation

La prestation est versée à l'adhérent à la garantie lorsqu'il est contraint, pour cause d'invalidité, de cesser son activité professionnelle, c'est-à-dire :

- s'il est fonctionnaire, quand il vient à bénéficier d'une retraite d'invalidité,
- s'il est stagiaire de la fonction publique ou non fonctionnaire, quand il vient à bénéficier d'une pension d'invalidité Sécurité sociale avec classement en groupe 2 ou 3.

Article 10 - Confidentialité

Le garant s'engage à traiter comme confidentielles les informations qu'il aura reçues des emprunteurs dans le cadre de l'exécution des services de caution, d'assurance de prêts et de chômage.

Article 11 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle prudentiel, ACP, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la MGEN.

Article 12 - Informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses bénéficiaires. Ils bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de Centre MGEN - Gestion CNIL - 6B avenue Joseph Rollo - 78320 La Verrière.

L'emprunteur	Le co-emprunteur	Le co-acquéreur
Date	Date	Date

Article 6 - Obligations déclaratives et nullité de l'adhésion

Le membre participant s'engage à déclarer à la mutuelle tout changement de situation professionnelle (cessation d'activité, suspension du contrat de travail) dans le mois qui suit ce changement.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener la mutuelle à invoquer la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 221-14 du code de la mutualité. Les cotisations payées demeureront alors acquises à la mutuelle qui aura droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 7 - Montant de la prestation

La Garantie prévoit la prise en charge, par la MGEN, du montant des versements effectués sur le Corem par l'adhérent à la Garantie. Le montant de la prestation annuelle correspond à la moyenne annuelle des versements de cotisations effectués sur le Corem au cours des trois dernières années civiles, hors rachat de cotisations défisicalisées, sur lesquels une cotisation au titre de la Garantie a été acquittée.

La prestation est versée trimestriellement à terme échu.

Article 8 - Fin de versement de la prestation

Le versement de la prestation prend fin à la date de survenance du premier des événements suivants :

- la liquidation par le membre participant de ses droits à rente du produit Corem,
- le 60^e anniversaire du membre participant,
- le passage de la pension d'invalidité en 1^{re} catégorie Sécurité sociale
- la reprise d'une activité professionnelle,
- le décès du membre participant.

Article 9 - Formalités à accomplir en cas de sinistre

En cas d'invalidité, le membre participant doit constituer un dossier de demande de prestation auprès de sa section départementale accompagné des pièces justificatives suivantes :

- pour les fonctionnaires, copie de la notification de mise en retraite pour invalidité par l'Administration,
- pour les non fonctionnaires, copie du classement en invalidité par la Sécurité sociale de 2^e ou 3^e catégorie.

La demande doit être formulée dans un délai de 12 mois à compter de la date de classement en invalidité. Passé ce délai et pendant 12 mois suivants, le versement de la prestation débute à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant **la date de réception de la demande** sous réserve que l'ensemble des conditions soit réuni.

En cours de service, la mutuelle peut solliciter de nouveau des pièces justificatives.

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

Article 10 - Risques exclus

Les sinistres résultant de faits intentionnellement causés ou provoqués par le membre participant ne sont pas garantis.

Article 11 - Montant de la cotisation

L'adhésion à la garantie donne lieu au versement d'une cotisation annuelle spécifique calculée par application d'un taux au montant de la cotisation annuelle versée au Corem. Ce taux est fixé à 3,20 %.

Le membre participant a la possibilité de s'acquitter de sa cotisation annuelle sous la forme d'un versement unique ou sous la forme de 12 versements mensuels, conformément à la périodicité choisie pour les cotisations versées au Corem.

En cas d'arrêt des versements au régime Corem par l'adhérent, la garantie peut être maintenue par le versement d'une cotisation annuelle calculée par application d'un taux à la moyenne annuelle des versements de cotisations* au Corem des trois dernières années civiles précédant l'année d'arrêt des versements. Ce taux est fixé à 3,20 %.

*hors rachat de cotisations défiscalisées permis par le régime Corem.

En cas de versement de la prestation, la mutuelle exonère le membre participant du paiement des cotisations.

Article 12 - Résiliation pour défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 13 - Modalités de résiliation

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre à l'adresse suivante : UMR-Centre de gestion MGEN-BP 7322-44032 Nantes cedex 1.

Le membre participant et la mutuelle peuvent également mettre fin à l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.

Article 14 - Information des membres participants

En application de l'article 67 des statuts de la MGEN, toute modification décidée par l'assemblée générale de la mutuelle sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Article 15 - Prescription

Toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article 16 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation relative à son adhésion, le membre participant peut s'adresser, par lettre simple à :

MGEN - Service Réclamations

3, square Max-Hymans 75748 Paris Cedex 15

Après épuisement de toutes procédures de traitement des réclamations, le membre participant peut saisir le Médiateur MGEN, en adressant sa demande à :

MGEN - Médiation

3, square Max-Hymans 75748 Paris Cedex 15

Article 17 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle prudentiel, ACP, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la MGEN.

Article 18 - Informatique et Libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant. Le membre participant bénéficie, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de Centre MGEN - Gestion CNIL - 6B avenue Joseph Rollo - 78320 La Verrière.