

2010

statuts et règlements mutualistes

Applicables au 1^{er} janvier 2010

MGEN Filia

MGEN Filia, RNM n° 440 363 588, mutuelle soumise
aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

MGEN Filia

sommaire

- ▶ **3 Statuts**
- ▶ **10 Règlement mutualiste 1**
Assistance des membres participants MGEN
- ▶ **11 Règlement mutualiste 2**
- ▶ **15 Règlement mutualiste 3**

Statuts

Titre 1 Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre 1 Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Formation

Une mutuelle, appelée MGEN Filia, est établie à Paris, 3, square Max-Hymans (15^e arrondissement).

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité. Elle a été créée par l'assemblée générale de la MGEN (Mutuelle générale de l'Education nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 5 juillet 2001.

Son immatriculation au registre national des mutuelles est le numéro 440 363 588.

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

Article 2 - Objet

La mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie,
- de réaliser des opérations d'assistance aux personnes (branche 18),
- d'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap.

Elle peut également mettre en œuvre une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Pour poursuivre ce même objectif, elle peut également conclure des conventions avec d'autres mutuelles ou unions afin de leur faire bénéficier d'une action sociale ou de l'accès à des réalisations sanitaires et sociales.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales et culturelles.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut :

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

Article 3 - 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 4 - Convention de gestion

MGEN Filia délègue, par convention, l'intégralité de sa gestion à la MGEN.

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

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

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 5 - Membres participants

La mutuelle admet des membres participants, tels que définis aux articles 6 et 7.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, dénommés "bénéficiaires".

La mutuelle admet des adhésions individuelles et collectives.

Article 6 - Champ de recrutement des adhérents individuels

1. Les membres participants de la MGEN définis aux articles 6 à 10 et 20-1^o des statuts de la MGEN sont membres participants de MGEN Filia. Ils n'ont pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants, tels que définis au 1. du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 1.

Les dispositions des présents statuts des articles 7 à 18 ne leur sont pas applicables.

2. Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- se situant hors du champ de recrutement de la MGEN et n'ouvrant pas droit à la qualité de bénéficiaire d'un membre participant MGEN, dans le respect du 1.,
- bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 2. du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 2.

Les dispositions des présents statuts des articles 8 à 18 leur sont applicables.

2 bis. Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- avoir été bénéficiaire conjoint d'un membre participant MGEN, - avoir démissionné de la MGEN dans le cadre de l'adhésion à un dispositif conventionnel collectif extérieur au groupe MGEN, - être bénéficiaire d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 2 bis du présent article, bénéficient à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 2. Ils n'ont pas la faculté d'étendre la couverture dont ils bénéficient à leurs ayants droit.

Les dispositions des présents statuts de l'article 8 et des articles 12 à 18 leur sont applicables.

3. Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- se situant hors du champ de recrutement de la MGEN et n'ouvrant pas droit à la qualité de bénéficiaire d'un membre participant MGEN, dans le respect du 1.,
- ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 3. du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 3.

Les dispositions des présents statuts des articles 8 à 18 leur sont applicables.

Article 7 - Champ de recrutement des adhérents à titre collectif

Adhèrent à la mutuelle les personnes physiques salariées, fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires, ou membres d'une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative.

Le contrat collectif définit les conditions dans lesquelles est admise l'adhésion des :

- conjoints,
- partenaires liés par un PACS,
- concubins vivants au domicile,

des personnes physiques sous-mencionnées.

Le contrat collectif définit les droits et obligations entre la mutuelle et la personne morale souscriptrice.

Il définit notamment :

- les prestations dont bénéficient les membres participants à titre collectif et leurs bénéficiaires,
- les cotisations et éventuels compléments de cotisation à acquitter,
- les modalités selon lesquelles les modifications des garanties contractuelles sont notifiées au membre participant.

En cas de conflit d'interprétation entre le contrat collectif et les dispositions figurant aux statuts et règlements de la mutuelle, ces dernières primeront à moins qu'elles n'aient été spécifiquement exclues par le contrat collectif.

Article 8 - Adhésion

Peuvent acquérir à titre individuel la qualité de membre participant de la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies aux articles 6.2 ou 6.2 bis, 6.3 ou 6.3 bis et 8 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

L'adhésion du membre participant n'est recevable qu'entre le premier janvier de l'année suivant son dix-huitième anniversaire et le 31 décembre de l'année de son soixante cinquième anniversaire.

Toutefois, à sa demande et sans l'intervention de son représentant légal, le mineur de plus de seize ans peut être membre participant de la mutuelle.

Article 9 - Mineurs de plus de seize ans

Sauf refus exprès de leur part, les bénéficiaires de plus de seize 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.

Article 10 - Bénéficiaires

1 - Opérations individuelles

Un enfant est considéré comme « bénéficiaire » d'un membre participant, dès lors que la mutuelle a accepté la demande d'extension de la couverture familiale formulée par le membre participant.

Le membre participant peut étendre sa couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 18^e anniversaire sous la condition que ce bénéficiaire enfant soit assuré social ou ayant droit sécurité sociale.

L'extension de la couverture familiale permet au membre participant d'ouvrir droit au bénéficiaire enfant des prestations de la mutuelle, dans les mêmes conditions que pour le membre participant, par le paiement d'un complément de cotisation.

2 - Opérations collectives

Le contrat collectif définit les bénéficiaires et les modalités d'extension de la couverture familiale à ceux-ci. En l'absence de dispositions spécifiques au sein dudit contrat, les dispositions prévues aux articles 10-1, 11 et 12 des présents statuts s'appliquent.

Article 11 - Acquisition de la qualité de membre participant par le bénéficiaire enfant

Le bénéficiaire enfant devient membre participant au 1^{er} janvier de l'année suivant son 18^e anniversaire, dans les conditions applicables à tout membre participant. Toutefois, à sa demande et sans l'intervention de son représentant légal, le bénéficiaire de plus de 16 ans peut également acquérir la qualité de membre participant.

Article 12 - Date d'effet de l'adhésion et de l'extension de la couverture familiale

L'adhésion à la mutuelle et l'extension de la couverture familiale aux bénéficiaires du membre participant prennent effet au 1^{er} jour :

- du mois de la demande d'adhésion,
- ou d'un mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de quatre mois.

Section 2 - Démission, résiliation, déchéance

Article 13 - Démission et résiliation

1. Modalités de démission

- 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 la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre.

A défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1^{er} janvier.

- 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 la mutuelle.

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.

2. Modalités de 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 la démission.

Article 14 - 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, il sera mis fin à l'adhésion par la mutuelle.

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.

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

1. Suspension

A 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.

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

2. Résiliation

La résiliation pour non-paiement de la cotisation intervient dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

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 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

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

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

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

Article 18 - Conséquences de la démission, de la résiliation et de la déchéance

La démission, la résiliation et la déchéance ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues à l'article 14 des présents statuts.

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

Titre 2 Administration de la mutuelle

Chapitre 1 Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 19

Tous les membres participants sont répartis en sections de vote. L'étendue et la composition des sections sont fixées par le conseil d'administration.

Une section de vote par département regroupe les membres participants dudit département. En outre, une section de vote est prévue pour les membres participants qui ne sont pas rattachés à une section de vote 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.

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

Article 20

Les membres participants de chaque section, adhérents de la mutuelle à titre individuel ou à titre collectif, élisent un délégué à l'assemblée générale de la mutuelle pour une année.

L'élection du délégué a lieu à bulletins secrets au scrutin uninominal, majoritaire à un tour.

Pour l'élection du délégué en assemblée départementale de section de vote, tous les membres participants de la mutuelle ont la faculté de voter.

Il est procédé à l'élection du délégué :

- en assemblée générale de section de vote et,
- par correspondance pour les membres empêchés.

Chaque section élit de la même façon un délégué suppléant.

Les modalités complémentaires de l'organisation des opérations de vote sont arrêtées par le conseil d'administration et portées, par tout moyen, à la connaissance des membres participants.

Les assemblées départementales de section se tiennent obligatoirement dans les 6 mois précédant la date de convocation de l'assemblée générale de la mutuelle.

Article 21 - Délégués titulaires et suppléants

Le délégué titulaire empêché d'assister à l'assemblée générale est remplacé dans ses fonctions par le délégué suppléant.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section de vote, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause du délégué de section de vote et en l'absence de délégué suppléant pour toute raison que ce soit, il est procédé, avant la prochaine assemblée générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué, qui achève le mandat de son prédécesseur. L'élection du nouveau délégué a lieu à bulletins secrets au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

Article 22 - Nombre de délégués

Chaque section de vote élit un délégué unique qui dispose, dans les votes à l'assemblée générale, d'un nombre de voix calculé selon les modalités suivantes : 1 000 voix par 1 000 ou fraction de 1 000 adhérents. Le nombre d'adhérents par section de vote est comptabilisé au 31 décembre de l'année précédant les élections.

Section 2 - Réunion

Article 23

Les délégués de la mutuelle se réunissent en assemblée générale au moins une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

Le conseil d'administration détermine le lieu de réunion des assemblées générales convoquées à titre ordinaire ou extraordinaire.

Article 24

L'ordre du jour de l'assemblée est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les membres participants peuvent, dans des conditions déterminées par décret, requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution.

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.

Article 25

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 30, 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 qui délibère valablement si le nombre de ses délégués présents représente au moins le quart du nombre total des délégués.

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

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

Article 26

Les décisions visées au 1. de l'article 25 des présents statuts sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages des délégués présents. Les modifications statutaires sont adoptées de la même façon. Les décisions, autres que celles visées à l'alinéa précédent, sont adoptées à la majorité simple des mêmes délégués.

Article 27 - Conditions de la dissolution volontaire

La dissolution volontaire de la mutuelle ne peut être décidée que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet avec un ordre du jour indiquant l'objet de la réunion. Cette assemblée doit réunir la majorité des délégués ou le quart des délégués dans l'hypothèse citée à l'alinéa 2 du point 1 de l'article 25 des présents statuts et le vote doit être acquis à la majorité des deux tiers des délégués présents.

Article 28 - Conditions de la liquidation

La liquidation est prononcée en assemblée générale extraordinaire dans les mêmes conditions que celles prévues pour la dissolution à l'article 27 des présents statuts.

Section 3 - Attributions

Article 29

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

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

Les décisions régulières prises par l'assemblée générale s'imposent à l'organisme et à ses membres.

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer partie de ses pouvoirs à l'assemblée générale de MGEN Union.

Article 30

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

Chapitre 2 Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 31

Le conseil d'administration n'est composé que de membres participants.

Le nombre de membres du conseil d'administration est fixé à 12 administrateurs.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président.

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletins secrets par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2^e tour).

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

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

Les fonctions d'administrateur sont incompatibles avec le mandat de délégué à l'assemblée générale de MGEN Union, de la MGEN, et des mutuelles où cette dernière a créées.

Article 32

Le conseil d'administration est renouvelable par tiers tous les deux ans.

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

Lors de la constitution initiale du conseil d'administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 33

Les administrateurs ne peuvent exercer leurs fonctions au-delà de 65 ans.

Lorsque l'administrateur atteint 65 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au prochain renouvellement du conseil d'administration.

Nul ne peut se porter candidat au conseil d'administration dès lors qu'il atteint 65 ans lors de l'année de renouvellement du conseil d'administration.

Article 34

La mutuelle propose à ses administrateurs, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation à la gestion.

Section 2 - Réunion

Article 35

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

Article 36

Le conseil d'administration ne délibère 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.

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.

Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Section 3 - Attributions

Article 37

Le conseil d'administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application.

Le conseil d'administration 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.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- a) des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de commerce,
- b) de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité,
- c) de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L. 114-26 du Code de la mutualité ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- d) de l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants,

e) de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle,

f) des transferts financiers entre mutuelles et unions.

Le conseil d'administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque la mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée générale.

Il établit également 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.

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, le conseil d'administration peut déléguer partie de ses pouvoirs au conseil d'administration de MGEN Union.

Article 38 - 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 organes de gestion créés par la mutuelle.

Section 4 - Obligations des administrateurs

Article 39

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Cependant, l'assemblée générale peut allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées.

La mutuelle rembourse également aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour.

Article 40

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.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Un ancien salarié de MGEN Union, de la MGEN ou des mutuelles que cette dernière a créées ne peut être nommé administrateur de celle-ci qu'à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

La nullité des nominations intervenues en méconnaissance des deux alinéas précédents n'entraîne pas celle des délibérations auxquelles l'administrateur irrégulièrement nommé a pris part.

Article 41

Aucune rémunération liée d'une 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 42

Il est interdit aux administrateurs de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser leurs engagements envers les tiers à moins qu'ils n'en bénéficient aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Election, composition, réunion

Article 43

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletins secrets pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 44

Le bureau comprend au maximum 4 membres et se compose de la manière suivante :

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

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 45 - Président

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

Il est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L. 510-8 et L. 510-10 du Code de la mutualité. 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 et avec l'autorisation du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs aux membres du bureau national.

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 46 - Délégation des membres du bureau

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, le bureau national peut déléguer partie de ses pouvoirs au bureau national de MGEN Union.

Chapitre 4

Organisation des sections de la mutuelle

Article 47

Les membres de la mutuelle, adhérents à titre individuel ou à titre collectif, sont regroupés en sections de vote. Une section de vote est constituée par département.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote du lieu de leur domicile.

Article 48

Sous la responsabilité du conseil d'administration, un correspondant est désigné dans chaque département pour une durée de 1 an.

Article 49

En cas de vacance de poste d'un correspondant et quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine réunion du conseil d'administration qui procédera à la désignation du nouveau correspondant.

Article 50

Le conseil d'administration peut déléguer annuellement partie de ses pouvoirs aux correspondants départementaux.

Chapitre 5

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 51 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires relevant du règlement 1,
 - les cotisations et compléments de cotisation acquittés par les membres participants et bénéficiaires relevant du règlement 2,
 - les cotisations et compléments de cotisation acquittés par les membres participants et bénéficiaires relevant du règlement 3,
 - la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
 - les contributions,
 - les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
 - les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

Article 52 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
 - les dépenses nécessaires à l'activité de la mutuelle,
 - les versements faits aux unions et fédérations,
 - la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
 - les cotisations versées au fonds de garantie,
- et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

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

Article 53 - 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 54 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme d'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 25-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 55 - Marge de solvabilité

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

Article 56 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme, le cas échéant, au moins un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L.255-219 du Code de commerce.

Les commissaires aux comptes sont convoqués à toute assemblée générale et au conseil d'administration qui arrête les comptes.

Titre 3

Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 57 - Respect des statuts et règlements

Toute personne qui souhaite être membre de la mutuelle fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements de la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement.

Les modifications des statuts et des règlements décidées par l'assemblée générale s'imposent aux adhérents dès lors qu'elles ont été portées à leur connaissance.

Article 58 - Paiement des cotisations

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

Article 59 - Restitution de la carte d'adhérent

En cas de démission, radiation ou déchéance du membre participant et/ou de son (ou ses) bénéficiaire(s), le membre participant restitue sa carte d'adhérent et/ou, le cas échéant, celle de son (ou ses) bénéficiaire(s).

Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 60 - Modifications des garanties

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

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

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

Article 61 - Maxima des remboursements

Le remboursement des dépenses de maladie de la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge effective du mutualiste.

Article 62 - Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la mutuelle. La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant et bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées pour les prestations dues au titre de l'article 60, 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 63 - Prescription

Toutes actions dérivant des prestations de la mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, sous toutes les réserves prévues à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité.

Règlement mutualiste 1

Assistance des membres participants MGEN

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre les membres participants relevant de l'article 6-1 des statuts et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 6-1 des statuts de MGEN Filia, les membres participants et les bénéficiaires de la MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Filia et, à ce titre, les dispositions du règlement mutualiste 1 de la MGEN « Dispositions générales applicables aux membres participants et bénéficiaires de la MGEN » s'imposent à eux.

Chapitre 1 Prestations

Article 3 - Service d'aide à domicile

3-1 - Nature de la prestation

La prestation est apportée, en cas de maladie ou de dépendance et afin de faciliter la vie du groupe familial au domicile, au membre participant et à ses bénéficiaires, sauf s'ils bénéficient de la prestation Dépendance totale ou Perte temporaire d'autonomie.

Elle prend la forme :

- d'une aide pour l'accomplissement des tâches ménagères par des organismes conventionnés avec MGEN Filia,
- ou d'une aide en cas de présence de jeunes enfants par des organismes conventionnés avec MGEN Filia,
- ou de conseils, éventuellement en relation avec d'autres organismes.

3-2 - Modalités et critères d'attribution

La prestation est attribuée après étude de la situation du demandeur permettant de déterminer la nature et le degré de l'intervention du service d'aide à domicile.

Aucune prestation ne peut être attribuée pour des interventions sans accord préalable de la mutuelle.

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de travailleuse familiale pourra être accordé au mutualiste, sans pouvoir toutefois excéder 40 heures par mois pour l'intervention d'une aide ménagère et 60 heures par mois pour l'intervention d'une travailleuse familiale.

La prestation se caractérise par deux types d'intervention :

- une aide ménagère,
- une travailleuse familiale.

Les montants sont déterminés en fonction de la situation du bénéficiaire de la prestation.

3-3 - Montant de la prestation

Pour l'intervention d'une aide ménagère :

- 9 € pour un bénéficiaire en ménage, actif,
- 4 € pour un bénéficiaire en ménage, retraité,
- 11 € pour un bénéficiaire seul, actif,
- 4 € pour un bénéficiaire seul, retraité.

Pour l'intervention d'une travailleuse familiale :

- 12 € pour un bénéficiaire en ménage, actif,
- 20 € pour un bénéficiaire en ménage, retraité,
- 14 € pour un bénéficiaire seul, actif,
- 20 € pour un bénéficiaire seul, retraité.

3-4 - Durée de la prestation

Pour les actifs, la prise en charge initiale, pour une aide ménagère, ne peut excéder une durée maximale de trois mois. Elle pourra être renouvelée dans la limite d'une année non reconductible. Pour une travailleuse familiale, la prise en charge initiale peut être de trois mois, renouvelable une fois maximum.

Pour les retraités, la prise en charge initiale peut être délivrée pour une durée comprise entre 1 mois et 1 an renouvelable.

Article 4 - Service d'aide à domicile Dépendance totale

4-1 - Nature de la prestation

La prestation est apportée afin de favoriser le maintien à domicile. Elle concerne le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint qui perçoit la prestation complémentaire de maintien à domicile, prévue à la garantie Dépendance totale.

4-2 - Modalités et critères d'attribution

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de travailleuse familiale pourra être accordé au mutualiste, sans pouvoir excéder 20 heures par mois pour l'intervention d'une aide ménagère ou d'une travailleuse familiale.

4-3 - Montant de la prestation

Pour l'intervention d'une aide ménagère : 8 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule) et la catégorie concernée (actifs ou retraités).

Pour l'intervention d'une travailleuse familiale : 14 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule) et la catégorie concernée (actifs ou retraités).

4-4 - Durée de la prestation

La prestation est attribuée pour une durée de 1 an, renouvelable dans la limite maximale de la durée de la prestation complémentaire de maintien à domicile.

Article 5 - Service d'aide à domicile Perte temporaire d'autonomie

5-1 - Nature de la prestation

La prestation est apportée afin de favoriser le maintien à domicile, au membre participant et/ou au bénéficiaire conjoint bénéficiaire de la prestation Perte temporaire d'autonomie.

5-2 - Modalités et critères d'attribution

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de travailleuse familiale pourra être accordé au mutualiste, sans pouvoir excéder 20 heures par mois pour l'intervention d'une aide ménagère ou d'une travailleuse familiale.

5-3 - Montant de la prestation

Pour l'intervention d'une aide ménagère : 8 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule).

Pour l'intervention d'une travailleuse familiale : 14 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule).

5-4 - Durée de la prestation

La prestation est attribuée pour une durée de 3 mois, renouvelable dans la limite maximale de la durée de la prestation Perte Temporaire d'Autonomie.

Chapitre 2 Cotisation

Article 6

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à la MGEN.

Elle représente 0,93 % de la cotisation MGEN nette de la taxe sur les conventions d'assurance (*taux 2009 appelé à être révisé par le Conseil d'administration en janvier 2010*).

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

Règlement mutualiste 2

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre les membres participants relevant de l'article 6-2 ou 6-2 bis des statuts et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Article 2 - 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 MGEN Filia.

Article 3 - 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 à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN Filia - Gestion des réclamations - BP 34363 - 34196 Montpellier Cedex 5.

Chapitre 1 Prestations

Article 4 - Prestations maladie et maternité

Les prestations maladie et maternité sont servies aux membres participants et à leurs bénéficiaires dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable.

Les prestations suivantes sont servies en complément de la Sécurité sociale :

- actes médicaux courants,
- dentaire,
- optique,
- prothèses,
- hospitalisation,
- pharmacie.

La prestation « Forfait contraception » est servie en cas d'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les montants des remboursements effectués par la mutuelle figurent au tableau des prestations (article 10 du présent règlement).

Article 5 - Prestations d'aide aux personnes

La mutuelle a souscrit au bénéfice de ses membres participants et de leurs bénéficiaires un contrat collectif auprès de la Maif pour leur offrir des prestations en cas d'immobilisation ou de décès.

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

Le détail de l'intervention figure à l'article 11 du présent règlement.

Article 6 - Contrats facultatifs

6-1 - Contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes »

Le membre participant MGEN Filia et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s)

peut adhérer au contrat collectif « Sollicitudes » souscrit par MGEN Filia 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.

6-2 - Casden, offres bancaires

Les adhérents MGEN Filia peuvent bénéficier d'offres bancaires de la Casden conçues spécifiquement pour eux.

Article 7 - Allocation de solidarité maternité

Dans le cadre de son action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, la mutuelle attribue au membre participant une allocation de 160 euros à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant admis en qualité de bénéficiaire.

• **Naissance** : l'allocation est versée pour l'enfant mutualiste âgé de moins d'un an au moment de sa mutualisation.

• **Adoption** : l'allocation est versée pour l'enfant mutualiste dès lors que le jugement français définitif d'adoption plénière ou, le jugement d'adoption étranger produisant les mêmes effets que l'adoption française, date de moins d'un an au moment de la demande d'extension de la couverture familiale pour faire acquérir à l'enfant la qualité de bénéficiaire.

Sous peine de forclusion, les demandes de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent parvenir dans un délai de 12 mois à compter de la naissance ou du jugement définitif de l'adoption plénière d'un enfant.

Article 8 - Traitements nicotiques de substitution

La mutuelle intervient s'agissant des membres participants et bénéficiaires, dans la limite d'un forfait individuel de 50 euros par année civile, pour les traitements nicotiques 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 durée d'adhésion. 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.

Article 9 - Délais d'attente

Le membre participant ou bénéficiaire, s'il était mutualiste de la MGEN ou bénéficiait de prestations de même nature, a droit immédiatement à l'ensemble des prestations de la mutuelle.

A défaut, un délai d'attente de 9 mois est appliqué pour les prestations dentaire, optique, orthopédie non accidentelle et l'allocation de solidarité maternité.

Le délai d'attente débute à compter de la date d'effet de l'adhésion. Toute période de cessation de versement de la cotisation ou des compléments de cotisation dus interrompt le délai d'attente.

Article 10 - Tableau des prestations

Nature des frais	Prestations MGEN Filia Sur la base du tarif conventionnel de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits
Actes médicaux courants *	
Honoraires médecins, sages femmes, soins externes, radiologies diagnostiques	
- Règle générale	30 %
- Cas particulier : actes techniques réalisés dans le parcours de soins par des médecins ayant signé l'option de coordination ⁽¹⁾	45 %
Honoraires et auxiliaires médicaux	
Masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers.....	40 %
Analyses et examens laboratoires	40 %
Pharmacie	
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %.....	néant
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 35 %.....	65 %
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %.....	35 %
Participation forfaitaire visée par l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale.....	18 €
Transport.....	35 %
Contraception	
Forfait contraception	
<i>(contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale)</i>	
Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture acquittée.	Dans la limite de 40 €
Demande de remboursement appréciée à la date de prescription.	par personne
	et par année civile
Dentaire *	
Soins dentaires	30 %
Prestation non conventionnelle	
<i>Quand le mutualiste n'a pas recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN.</i>	
Prothèses dentaires	
- Inscrites à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).....	105 %
- Hors NGAP	
• par prothèse fixe (couronne ou pilier de bridge)	107 €
• appareil amovible 1 à 3 dents ou intermédiaires de bridge (1, 2, ou 3)	65 €
par dent supplémentaire.....	15 €
• traitement d'articulations temporo-mandibulaires (ATM) - gouttières occlusales.....	115 €
Prestation conventionnelle	
<i>Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN,</i>	
<i>il bénéficie :</i>	
- du montant de la prestation conventionnelle,	
- de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation	
<i>dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.</i>	
<i>Cette disposition s'applique aux prothèses fixes. Se renseigner auprès de la section départementale.</i>	
Orthodontie	
Prestation non conventionnelle	
<i>Quand le mutualiste n'a pas recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN.</i>	
Prise en charge par la Sécurité sociale.....	20 % TR
Non prise en charge par la Sécurité sociale	néant
Prestation conventionnelle	
<i>Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN,</i>	
<i>il bénéficie :</i>	
- du montant de la prestation conventionnelle,	
- de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation	
<i>dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.</i>	
<i>Se renseigner auprès de la section départementale.</i>	

Optique	
Prestation hors réseau	
<i>Quand le mutualiste n'a pas recours à un opticien lunetier agréé par la MGEN.</i>	
Forfait global optique	
Monture + verres unifocaux (quel que soit le niveau de correction).....	Dans la limite de 110 € par personne et par année civile ⁽²⁾
Monture + verres progressifs (quel que soit le niveau de correction).....	Dans la limite de 170 € par personne et par année civile ⁽²⁾
Lentilles	
Prises en charge par la Sécurité sociale.....	Dans la limite de 92 € par oeil et par année civile
Non prises en charge par la Sécurité sociale.....	Dans la limite de 54 € par oeil et par année civile
Prestation dans le réseau	
<i>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 Filia.</i>	
Appareillages, prothèses et dispositifs médicaux	
Sur prescription médicale et sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	457 €
Autres prothèses	
Remboursées par la Sécurité sociale à 65 %.....	85 %
Remboursées par la Sécurité sociale à 100 %.....	50 %
Accessoires et pansements	
Petits appareillages et orthopédie	
Remboursés par la Sécurité sociale à 65 %.....	35 %
Remboursés par la Sécurité sociale à 100 %.....	0 %
Hospitalisation* (maladie, chirurgie, maternité)	
Prestation non conventionnelle	
<i>Quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec la MGEN.</i>	
Frais médicaux	20 % / 18 € ⁽³⁾ / néant
Hébergement et frais de séjours	20 % / néant
Forfait journalier hospitalier	
Séjours dans un établissement psychiatrique.....	limité à 12 € / jour
Séjours dans un autre établissement.....	limité à 16 € / jour
Chambre particulière	23 € / jour
Accompagnement enfant (<i>accompagnement d'une personne de moins de 14 ans hospitalisée dans un établissement de court séjour</i>).....	15 € / jour
Prestation conventionnelle	
<i>Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec la MGEN, il peut bénéficier :</i>	
- 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	
<i>L'application de cette prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement. Se renseigner auprès de la section départementale.</i>	

(1) 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.

(2) Avant 13 ans : remboursement applicable à l'ensemble des équipements optiques effectués dans l'année.
A partir de 13 ans : remboursement applicable à un achat de lunettes effectué dans l'année.

(3) Prise en charge de la participation forfaitaire visée par l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale.

* Concernant les actes médicaux courants, les soins dentaires et l'hospitalisation, le niveau des remboursements Sécurité sociale + MGEN Filia est plafonné au montant du tarif de responsabilité Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Conditions de prise en charge de l'hospitalisation : 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.

Article 11 - Prestations d'aide aux personnes (nature de l'intervention)

Sur évaluation des besoins réalisés par le plateau d'assistance lors de l'appel, en fonction de l'aide rendue nécessaire par un événement garanti affectant un membre participant ou bénéficiaire, les prestations suivantes peuvent être servies :

11.1. En cas d'accident corporel ou de maladie non chronique d'un membre participant ou bénéficiaire

et s'il en résulte :

- une immobilisation à domicile supérieure à 5 jours (ou 2 jours s'il s'agit d'un enfant),
- ou une hospitalisation supérieure à 24 heures (ou 8 jours s'il s'agit d'une maternité),

(une maladie chronique est une maladie diagnostiquée depuis plus de 3 mois et dont le délai de guérison médicalement prévisible est supérieur à 3 mois).

- Garde des bénéficiaires enfants de moins de 16 ans. Cette garde est assurée par des personnels spécialisés, à concurrence de 30 heures réparties sur un mois, ou grâce au déplacement d'un proche à domicile, ou encore grâce au transport des bénéficiaires enfants chez ce proche.
- Conduite à l'école des enfants 2 fois par jour pendant 5 jours.
- Déplacement d'un proche au chevet du membre participant ou du bénéficiaire, ainsi qu'hébergement de ce proche, à concurrence d'un total de 300 euros.
- Réalisation des tâches ménagères (ménage, préparation des repas, entretien du linge) à concurrence de 2 heures par jour et de 30 heures réparties sur un mois.
- Garde des animaux familiers (chiens, chats) en pension animalière, ou entretien de ces animaux à domicile, à concurrence d'un mois.
- Location d'un téléviseur dans la chambre d'hôpital, à concurrence d'un mois.
- Remboursement des frais de soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours. Cette prestation peut être servie, si le bénéficiaire enfant, en classe de primaire ou de secondaire, est immobilisé plus de 2 semaines, jusqu'à la reprise de la classe pendant l'année scolaire en cours et à l'exclusion des périodes de vacances, sous la forme de cours particuliers donnés à domicile, à concurrence de 3 heures et de 75 euros par jour ouvrable.

11.2. En cas de décès d'un membre participant ou bénéficiaire par suite d'accident ou de maladie

- Garde des bénéficiaires enfants de moins de 16 ans.
- Réalisation des tâches ménagères.
- Garde des animaux familiers dans les mêmes conditions que celles précisées au paragraphe 11.1.
- Aides aux démarches.

De plus, une avance de fonds d'un montant maximum de 1 500 euros, remboursables dans un délai d'un mois, peut être consentie pour aider à faire face aux dépenses immédiates.

11.3. Territorialité des garanties

- Pour les membres participants ou bénéficiaires domiciliés en France métropolitaine, les garanties sont mises en œuvre dans la limite du territoire métropolitain.
- Pour les membres participants ou bénéficiaires domiciliés dans un département d'outre-mer, les garanties sont mises en œuvre dans la limite de ce département.

La mise en œuvre de ces prestations est appréciée avec le membre participant ou bénéficiaire lors de son appel. Les dépenses engagées sans accord préalable du plateau d'assistance ne pourront être remboursées après-coup.

Ces prestations n'ont pas vocation à se substituer aux solidarités naturelles de famille ou de voisinage, ou aux prestations dues par les organismes sociaux, les garanties souscrites auprès du groupe MAIF, les employeurs, mais à les compléter s'il y a lieu.

Chapitre 2

Cotisations

Article 12 - Cotisations des membres participants et des bénéficiaires

Conformément à l'article 58 des statuts, le membre participant, relevant de l'article 6-2 ou 6-2 bis des statuts, acquitte une cotisation déterminée en fonction de l'âge (du membre participant) atteint dans l'année civile de l'adhésion.

La cotisation acquittée par le membre participant est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire enfant qui lui est rattaché. Le complément de cotisation est déterminé en fonction de l'âge du bénéficiaire enfant atteint dans l'année de l'extension de la couverture familiale.

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

Tableau des cotisations - Grille d'entrée

Age du cotisant atteint dans l'année civile de son adhésion ou de l'extension de la couverture familiale	Cotisation ou complément de cotisation annuel (régime général de Sécurité sociale)
Moins de 19 ans	267 €
19 ans	274 €
20 ans	276 €
21 ans	284 €
22 ans	292 €
23 ans	299 €
24 ans	307 €
25 ans	316 €
26 ans	324 €
27 ans	333 €
28 ans	343 €
29 ans	351 €
30 ans	361 €
31 ans	371 €
32 ans	381 €
33 ans	391 €
34 ans	402 €
35 ans	412 €
36 ans	423 €
37 ans	435 €
38 ans	446 €
39 ans	459 €
40 ans	492 €
41 ans	511 €
42 ans	520 €
43 ans	530 €
44 ans	541 €
45 ans	560 €
46 ans	572 €
47 ans	581 €
48 ans	590 €
49 ans	604 €
50 ans	617 €
51 ans	642 €
52 ans	656 €
53 ans	668 €
54 ans	681 €
55 ans	696 €
56 ans	711 €
57 ans	726 €
58 ans	742 €
59 ans	754 €
60 ans	770 €
61 ans	786 €

62 ans	803 €
63 ans	824 €
64 ans	843 €
65 ans	864 €
66 ans	882 €
67 ans	903 €
68 ans	923 €
69 ans	945 €
70 ans	990 €
71 ans	1 015 €
72 ans	1 040 €
73 ans	1 066 €
74 ans	1 093 €
75 ans	1 120 €
76 ans	1 148 €
77 ans	1 177 €
78 ans	1 206 €
79 ans	1 236 €
80 ans et plus	1 267 €

Les montants de cotisations ou de compléments de cotisation susmentionnés sont exclusifs du bénéfice éventuel du dispositif de crédit d'impôt mentionné aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Les cotisations évoluent avec l'âge du membre participant et de son éventuel bénéficiaire. A âge équivalent, il est tenu compte de l'ancienneté de l'adhérent.

Chaque année, l'assemblée générale :

- fixe le taux d'évolution des cotisations et compléments de cotisation des mutualistes,
- actualise le tableau des cotisations acquittées par les mutualistes au moment de leur adhésion ou de l'extension de la couverture familiale.

Il n'est pas dû de complément de cotisation pour la couverture des bénéficiaires enfants à partir du 3^e enfant couvert.

Un montant forfaitaire de 2 euros, intégré à la cotisation appelée, est dû au titre du contrat collectif souscrit auprès de la MAIF (article 5 du présent règlement).

Article 13 - Modalités de règlement

Les modalités de règlement de la cotisation et du complément de cotisation par le membre participant sont définies dans le bulletin d'adhésion.

Règlement mutualiste 3

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre les membres participants relevant de l'article 6-3 ou 6-3 bis des statuts et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Chapitre 1 Prestations

Article 2 - Prestations maladie et maternité

Ces prestations sont assurées aux membres participants et à leurs bénéficiaires, en complément de la couverture sociale de base du pays ou territoire d'outre-mer concerné :

- actes médicaux courants,
- dentaire,
- optique,
- prothèses,
- hospitalisation,
- pharmacie.

Les montants des remboursements effectués par la mutuelle figurent au tableau des prestations (article 3 du présent règlement).

Article 3 - Tableau des prestations (à l'étude)

Article 4 - Délai d'attente

Le membre participant ou bénéficiaire, s'il était mutualiste de la MGEN ou bénéficiait de prestations de même nature, a droit immédiatement à l'ensemble des prestations de la mutuelle.

A défaut, un délai d'attente de 9 mois est appliqué pour les prestations hospitalisation, dentaire, optique.

Le délai d'attente débute à compter de la date d'effet de l'adhésion. Toute période de cessation de versement de la cotisation ou des compléments de cotisation dus interrompt le délai d'attente.

Chapitre 2 Cotisations

Article 5 - Cotisations des membres participants et des bénéficiaires

Conformément à l'article 57 des statuts, le membre participant, relevant de l'article 6-3 ou 6-3 bis des statuts, acquitte une cotisation déterminée en fonction de l'âge (du membre participant) atteint dans l'année de l'adhésion (cf. tableau des cotisations et des compléments de cotisation).

La cotisation acquittée par le membre participant est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire enfant qui lui est rattaché. Le complément de cotisation est déterminé en fonction de l'âge du bénéficiaire enfant atteint dans l'année de l'extension de la couverture familiale.

Tableau des cotisations (à l'étude)

Chaque année, l'assemblée générale :

- fixe le taux d'évolution des cotisations et compléments de cotisation des mutualistes,
- actualise le tableau des cotisations acquittées par les mutualistes au moment de leur adhésion ou de l'extension de la couverture familiale.

Article 6 - Modalités de règlement

Les modalités de règlement de la cotisation et du complément de cotisation par le membre participant seront définies dans le bulletin d'adhésion.

