

mgen[★]

MGEN Fila
EFFICIENCE
SANTÉ



STATUTS & RÈGLEMENTS MUTUALISTES

Applicables au 1^{er} janvier 2017

The logo for MGEN Fila, featuring the word "MGEN" in a large, bold, white sans-serif font above the word "Fila" in a smaller, white sans-serif font. The logo is positioned in the bottom-left corner of a large orange grid that occupies the top half of the page.

MGEN
Fila

4 Statuts

12 Règlement mutualiste Efficience Santé

26 Règlement mutualiste Garantie invalidité supplémentaire au régime Corem

Statuts

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre 1 Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Filia a été créée par l'assemblée générale de MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 5 juillet 2001.

Elle est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 440 363 588.

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

Article 2 - Siège de la mutuelle

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

Article 3 - Objet

Dans le respect des valeurs de la République « Liberté, Egalité, Fraternité » et des principes de solidarité et de laïcité, la mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- de 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 4 - Règlement mutualiste

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

Article 5 - Convention de gestion

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

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

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

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 6 - Membres participants

La mutuelle admet des membres participants, tels que définis aux articles 7 et 8.

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 7 - Champ de recrutement des adhérents individuels

1 - Les membres participants de MGEN définis aux articles 7 à 11 et 18-I des statuts de 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 mutualiste Garantie assistance de l'offre MGEN Santé Prévoyance et de l'offre globale SEM.

Les dispositions des présents statuts des articles 8 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 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, ainsi que leurs bénéficiaires, bénéficient à ce titre des prestations définies au règlement mutualiste Efficience Santé.

Ils peuvent également bénéficier des prestations définies au règlement mutualiste Garantie invalidité additionnelle au Corem.

Les dispositions des articles 9 à 18 des présents statuts leur sont applicables.

3 - Par dérogation au 2 du présent article, peuvent également adhérer à la mutuelle les fonctionnaires et agents, titulaires et non-titulaires, et les retraités des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés, dans le cadre du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés d'application qui organisent le dispositif de labellisation des offres des organismes d'assurance auprès des employeurs de la fonction publique territoriale.

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

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

4 - Sont également considérés comme membres participants les personnes ayant adhéré à l'offre Espace Bienvenue (règlement mutualiste Espace bienvenue) au plus tard le 31 décembre 2012.

Article 8 - Champ de recrutement des adhérents à titre collectif

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

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

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

des personnes physiques susmentionnées.

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

Il définit notamment :

- les prestations dont bénéficient les membres participants à titre collectif et leurs bénéficiaires,

- les cotisations et éventuels compléments de cotisation à acquitter,

- les modalités selon lesquelles les modifications des garanties contractuelles sont notifiées au membre participant.

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

Article 9 - Adhésion

Peuvent acquérir à titre individuel la qualité de membre participant de la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies aux articles 7-2 ou 7-2 bis et 7-3 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

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 MGEN Filia.

L'adhésion du membre participant n'est recevable qu'à compter du premier janvier de l'année suivant son 18^e 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 10 - Bénéficiaires

I - Opérations individuelles

I-1 - Offre Efficience Santé

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 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.

I-2 - Offre Complémenter Santé

Le membre participant peut étendre sa couverture familiale à son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin vivant à son domicile et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire conjoint.

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

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

I-3 - Offre Espace Bienvenue

Le membre participant peut étendre sa couverture familiale à son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin vivant à son domicile et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire conjoint.

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

L'extension de la couverture familiale permet au membre participant d'ouvrir droit au bénéficiaire conjoint ou 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, 12 et 13 des présents statuts s'appliquent.

Article 11 - 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 12 - 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.

Article 13 - 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,
- ou d'un mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de 7 mois à compter de la demande.

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 14 - Démission

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

La couverture complémentaire proposée par la mutuelle est annuelle. Le membre participant a, par conséquent, la faculté de mettre fin à son adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année qui suit celle en cours en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à 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.

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 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, dès lors que cette demande intervient dans les trois mois suivant la date d'adhésion au contrat groupe obligatoire.

Article 15 - Résiliation

1 - 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.

2 - 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 16 - 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 17 - 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 18 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

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

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

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

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

Article 19 - 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 15-2 des présents statuts.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de résiliation, 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.

Chapitre I Assemblée générale

Section I - Composition et élection

Article 20 - Composition

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

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.

Article 21 - Élection des délégués

Les membres participants de chaque section de vote élisent pour deux ans un délégué titulaire et un délégué suppléant.

Les effectifs pris en compte par section de vote sont comptabilisés au 31 décembre de l'année précédant les élections.

Chaque délégué 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.

I - Candidatures

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

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

Seuls peuvent être candidats les membres du comité de section.

2 - Modalités d'élections

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

Le 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 se 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 par les instructions du conseil d'administration.

Article 22 - 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 suppléant venant à l'ordre de suppléance défini à l'article 20.

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 23 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour.

Elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement.

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

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

Article 24 - Règles de quorum et de majorité

I - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 27, 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 I 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 I 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 25 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 23-1 et 23-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 26 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

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

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

Article 27 - Force exécutoire des décisions

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

Article 28 - 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 29 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 15 membres.

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

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

Article 30 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

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

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour dans les limites fixées par le Code de la mutualité.

3 - Incompatibilités

Les fonctions d'administrateur sont incompatibles avec le mandat de délégué à l'assemblée générale.

4 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées, ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

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

Section 2 - Réunions

Article 31 - 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 32 - 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 33 - 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 34 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 35 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 36 - Délégations de pouvoirs

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

- au président,
- au dirigeant opérationnel,

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

➤ Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Élection et composition du bureau

Article 37 - Élection

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

Article 38 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont :

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

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 39 - Président

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

Le président est rééligible.

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

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre I^{er} du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage ou ordonnance les dépenses. Il représente la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs.

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

➤ Chapitre 4 Direction effective

Article 40 - Dirigeants effectifs

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

Article 41 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 42 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

➤ Chapitre 5 Organisation des sections de la mutuelle

Article 43 - Sections de vote

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 44 - Correspondant départemental

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

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.

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

➤ Chapitre 6 Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 45 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- les cotisations des membres participants et bénéficiaires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

Article 46 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à l'activité de la mutuelle,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

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

Article 47 - Modes de placement

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

Article 48 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme de 1 000 000 €. Ce montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 23-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 49 - Marge de solvabilité

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 50 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme, le cas échéant, au moins un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce.

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

Section 4 - Comité d'audit

Article 51 - Comité d'audit

Il est mis en place un comité d'audit dans les conditions définies à l'article 61 des statuts de MGEN.

Le comité d'audit est chargé du suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières, et à la maîtrise des risques au sein du groupe MGEN.

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

TITRE 3

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

Article 52 - 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.

A 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 I Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 53 - 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 54 - Paiement des cotisations

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

Chapitre 2 Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 55 - Modifications des garanties

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

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

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

Article 56 - Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la mutuelle.

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant et bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées pour les prestations dues au titre de l'article 53, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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

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

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

Règlement mutualiste Efficience Santé

Article 1 - Objet

Le présent règlement définit l'Offre Efficience Santé que la mutuelle propose aux membres participants relevant de l'article 7-2 des statuts et comprenant :

- des prestations de santé,
- des prestations de prévention,
- une allocation nouvel enfant,
- des prestations d'aide aux personnes.

Les prestations sont servies conformément aux conditions relatives au contrat responsable mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code.

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

En contrepartie de ces prestations, les membres participants sont tenus au versement des cotisations et éventuels compléments de cotisations.

Article 2 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 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 CNIL - CS 90899 - 34012 Montpellier Cedex 1.

Article 4 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation, l'adhérent peut s'adresser, par lettre simple à :

MGEN Filia
Gestion des réclamations CS 90899
34012 Montpellier Cedex 1.

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations, l'adhérent peut, dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation, saisir le médiateur MGEN.

Toute demande de médiation doit être formulée par écrit en langue française et adressée :

Par voie postale à :

MGEN Filia - Le Médiateur
3, square Max-Hymans
75748 Paris Cedex 15.

Ou par voie électronique à :

mediation@mgen.fr

Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être consultées sur le site mgen.fr (rubrique médiation) ou obtenues sur demande à l'adresse postale ci-dessus.

Article 5 - 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 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.

Chapitre I Prestations

Les prestations servies selon la formule de garantie choisie, sont décrites ci-après et figurent dans le tableau des prestations (article 16).

Article 6 - Les formules de garanties

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

En cours d'adhésion, le membre participant peut solliciter un changement de formule (pas plus d'un niveau) sous réserve d'avoir cotisé pendant au moins deux années civiles dans une formule et d'en faire la demande par courrier au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre, date de réception par la mutuelle. La nouvelle formule prend effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande.

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

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

Les membres participants dont les prestations sont servies sous le même numéro de Sécurité sociale adhèrent obligatoirement à la même formule de garanties.

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

Article 7 - Délais d'attente

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

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

Article 8 - Prestations de santé

8-1 - Frais de soins

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

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

La prise en charge par la mutuelle de la pharmacie, de l'optique (montures, verres, lentilles de contact), des prothèses, appareils et dispositifs médicaux 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.

8-2 - Allocation nouvel enfant

La mutuelle attribue au membre participant pour toute naissance ou adoption plénière intervenue à l'expiration du délai d'attente prévu à l'article 7 du présent règlement, une allocation dont le montant est fonction de la formule choisie, à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant admis en qualité de bénéficiaire.

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

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

Les demandes de prestations doivent parvenir dans un délai de 2 ans à compter de la naissance ou du jugement définitif de l'adoption plénière d'un enfant, accompagnées des justificatifs suivants :

- Naissance : un extrait d'acte de naissance attestant du lien de filiation au 1er degré avec l'enfant.
- Adoption : la copie du jugement définitif français d'adoption plénière, ou la copie du jugement d'adoption étranger accompagnée de sa traduction en français.

8-3 - Hospitalisation

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

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

1 - Frais de séjour

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

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

2 - Risques garantis

Sous réserve d'une participation de la Sécurité sociale :

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

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

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

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

3 - Participation aux frais d'accompagnant

Elle est accordée pour l'accompagnant d'un mutualiste de moins de 16 ans, ou de plus de 70 ans, hospitalisé dans un établissement de court séjour.

Article 9 - Prestations de prévention

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

• Forfait Prévention Equilibre

La mutuelle verse un forfait individuel en euros pour une, deux ou trois des prestations suivantes :

- le sevrage tabagique,
La prise en charge intervient après épuisement du forfait Sécurité sociale. Elle s'effectue sur présentation de la prescription médicale, du (ou des) décomptes Sécurité sociale et de l'ensemble des factures nominatives acquittées. La demande de prise en charge est appréciée à la date de délivrance en pharmacie.
- la psychothérapie,
La mutuelle intervient pour des séances de psychothérapie non remboursées par la Sécurité sociale. La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte,
- la consultation diététique,
La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte.

• Forfait contraception

La prestation est versée pour les pilules contraceptives de nouvelles générations, l'anneau vaginal et les patchs contraceptifs prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale, la contraception d'urgence

(pilule du lendemain), les préservatifs féminins et masculins, les spermicides.

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

• Forfait du voyageur

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

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

La prestation est versée sur présentation :

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

Article 10 - 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 d'assistance en cas d'accident corporel, de maladie non chronique ou de décès consécutif à un accident ou une maladie.

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

Article 11 - Offres facultatives complémentaires

11-1 - Offre Rassurer Solutions

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

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

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

11-2 - Contrat prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes »

Des garanties peuvent également être proposées par la mutuelle, qui a souscrit un contrat collectif « Sollicitudes » auprès du groupe MAIF, pour couvrir les risques suivants :

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

L'adhésion à ce contrat donne lieu au 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.

11-3 - Offres bancaires de la Casden

Les membres participants peuvent également bénéficier d'offres bancaires de la Casden proposées spécifiquement pour eux.

11-4 - Corem - Garanties additionnelles

• Complément retraite mutualiste (Corem)

Dans le cadre du contrat collectif conclu entre MGEN Filia et l'Union Mutualiste Retraite (UMR), le membre participant et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s) de plus de 18 ans 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 la notice d'information remise à l'adhérent lors de l'adhésion.

• Garantie décès additionnelle au régime Corem

Le membre participant et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s) de plus de 18 ans adhérant au régime Corem ont la faculté d'adhérer au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par MGEN Filia auprès de MGEN Vie en vue de bénéficier d'une garantie décès.

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

Les conditions du contrat figurent dans la notice d'information remise à l'adhérent lors de l'adhésion.

• Garantie invalidité additionnelle au régime Corem

Le membre participant adhérant au régime Corem a la faculté d'adhérer au règlement mutualiste Garantie invalidité additionnelle au Corem destinée à lui assurer en cas d'invalidité, la continuité du plan de retraite dans lequel il s'est engagé.

Cette garantie donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions de la garantie figurent dans le règlement mutualiste Garantie invalidité additionnelle au Corem.

11-5 - Offre facultative Dépendance

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

Dans ce cadre, il peut également bénéficier de services d'assistance proposés dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par MGEN Filia auprès de IMA Assurances ainsi que de services d'information et d'orientation.

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

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

11-6 - Assurance des prêts

MGEN Filia a souscrit un contrat d'assurance collective en couverture de prêts auprès de CNP Assurances 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.

Ce contrat d'assurance a pour objet de couvrir :

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

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

Article 12 - 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 prévues aux tableaux des prestations.

Article 13 - Limite des remboursements

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder

le montant des frais restant à la charge du membre participant ou des bénéficiaires, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans le cas où le cumul des prestations servies au titre du contrat ou par un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies au titre du règlement seraient réduites à due concurrence.

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

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

Article 14 - Justificatifs à fournir

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

- pour tous les dossiers : le décompte des remboursements effectués par la Sécurité sociale (original ou dématérialisé-télétransmission Noémie), ou éventuellement par un autre organisme,

ainsi que :

- pour les prestations conventionnelles : les pièces demandées conformément aux règles applicables dans les réseaux et protocoles des professionnels de santé conventionnés avec MGEN après accord de prise en charge pour les frais relatifs aux prestations conventionnelles en optique, audioprothèse et dentaire
- pour les prestations non conventionnelles :
 - les frais dentaires prothétiques et orthodontiques : l'original de la note d'honoraires nominative acquittée, détaillée et codifiée des actes mentionnant le numéro des dents concernées,
 - les prestations d'optique : la facture nominative acquittée et détaillée de l'opticien précisant les équipements d'optique délivrés, le prix, la marque, la codification des verres, de la monture ou des lentilles, ainsi que la date de délivrance,
 - les prothèses auditives : la facture commerciale nominative acquittée et détaillée du fournisseur précisant les équipements délivrés et en mentionnant le prix, la marque, la codification ainsi que la date de délivrance,
 - l'hospitalisation (dont la chambre particulière demandée par le membre participant) : l'original de la facture nominative acquittée précisant la discipline dont relèvent les soins, ainsi que le détail des frais réels et du restant à charge,
 - le transport ou la cure thermale : l'original de la facture nominative acquittée portant le détail des actes et prestations réalisés.
 - les prestations non prises en charge par la Sécurité sociale :
 - forfaits médicaments : prescription médicale et factures nominatives acquittées établies par une officine de pharmacie. La demande de prise en charge est appréciée à la date de délivrance.
 - ostéopathie : facture nominative acquittée. La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte.
 - psychothérapie, consultations diététiques, forfait contraception : facture nominative acquittée.

- forfait du voyageur : prescription médicale et factures nominatives acquittées,
- chirurgie réfractive de l'œil : facture originale nominative acquittée détaillant la nature de l'opération et précisant la date, le lieu, le montant, l'identification professionnelle du praticien. La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte.

Article 15 - Conséquences de l'évolution du niveau de remboursement des prestations par la Sécurité sociale

La diminution du niveau de remboursement de la Sécurité sociale n'entraîne pas de modification systématique de la prise en charge complémentaire de MGEN Filia définie au présent règlement mutualiste. Seule l'assemblée générale, ou le conseil d'administration sur délégation de celle-ci, peut modifier la prise en charge de MGEN Filia.

En cas d'augmentation du niveau de remboursement de la Sécurité sociale, celui du complément MGEN Filia, défini au présent règlement mutualiste, est réduit à due proportion, sauf forfaits.

Article 16 - Tableaux des prestations

FRAIS MÉDICAUX COURANTS					
Nature des frais	PRESTATIONS				
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSSI) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN Filia est réduite à due proportion, sauf forfaits.				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
I. Honoraires médicaux et de sages-femmes					
I.1. Consultations / Visites					
- Médecins généralistes (y compris spécialistes en médecine générale), sages-femmes dans ou hors parcours de soins coordonnés	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
- Médecins spécialistes :					
Dans le parcours de soins coordonnés :					
• médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	30 %	30 %	65 %	80 %	100 %
• médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	30 %	30 %	45 %	60 %	80 %
Hors parcours de soins coordonnés	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
I.2 Actes techniques dont radiologie réalisés dans ou hors parcours de soins coordonnés	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
I.3 Participation au-delà de la base de remboursement pour les actes techniques (hors radiologie) réalisés dans le parcours de soins coordonnés :					
• médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	Néant	Néant	Néant	50 %	70 %
• médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	Néant	Néant	Néant	30 %	50 %
I.4 Participation forfaitaire visée par l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €
2. Ostéopathie (séances effectuées par un ostéopathe autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région)	Néant	Néant	15€/consultation (2 séances maximum par année civile)	20€/consultation (4 séances maximum par année civile)	30€/consultation (4 séances maximum par année civile)
3. Honoraires des auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
4. Analyses - Actes de laboratoire	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %

APPAREILLAGES, PROTHÈSES ET DISPOSITIFS MÉDICAUX (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)					
Nature des frais	PRESTATIONS				
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN Filia est réduite à due proportion, sauf forfaits.				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
5. Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	40 %	40 %	40 %	40 %	90 %
6. Autres prothèses (oculaires, capillaires, mammaires externes et produits complémentaires, fauteuils roulants)					
- remboursées par la Sécurité sociale à 60 %	40 %	40 %	90 %	90 %	140 %
- remboursées par la Sécurité sociale à 100 %	Néant	Néant	50 %	50 %	100 %

AUDIOPROTHÈSE (sur prescription médicale et sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)

Nature des frais	PRESTATIONS									
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN Fila est réduite à due proportion, sauf forfaits.									
	Formule Efficience Santé Essentielle		Formule Efficience Santé Découverte		Formule Efficience Santé Evolution		Formule Efficience Santé Extension		Formule Efficience Santé Optimale	
	Prestations hors réseau conventionné	Prestations dans le réseau conventionné*	Prestations hors réseau conventionné	Prestations dans le réseau conventionné*	Prestations hors réseau conventionné	Prestations dans le réseau conventionné*	Prestations hors réseau conventionné	Prestations dans le réseau conventionné*	Prestations hors réseau conventionné	Prestations dans le réseau conventionné*
7. Audioprothèse La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un audioprothésiste										
Achat										
Mutualiste de moins de 20 ans - Mutualiste de 20 ans et plus atteint de cécité Par appareil	40 %	560 €	660 €	650 €	750 €	750 €	850 €	800 €	900 €	
Mutualiste de 20 ans et plus non atteint de cécité Par appareil dans la limite de 2 appareils par an	40 %	350 €	450 €	550 €	650 €	600 €	700 €	700 €	800 €	
A partir du 3 ^e appareil : prise en charge du ticket modérateur										
Entretien et réparation										
Forfait annuel (par appareil)	40 %	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)

* Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire du réseau AUDISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives, dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement. Retrouvez tous les audioprothésistes partenaires du réseau AUDISTYA depuis votre Espace personnel sur MGEN Fila ou auprès des centres de service MGEN.

PHARMACIE (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN Fila est réduite à due proportion, sauf forfaits.				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
8. Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale - Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 % - Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30 % - Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	Néant	Néant	Néant	Néant	85 %
	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %
	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
9. Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (la liste de ces médicaments peut être adressée sur demande expresse du mutualiste)	Néant	Néant	Néant	20€/personne/année civile	40 €/ personne/année civile

FRAIS DE TRANSPORTS

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN Filia est réduite à due proportion, sauf forfaits.				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
10. Frais de transports	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %

CURES THERMALES

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN Filia est réduite à due proportion, sauf forfaits.				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
11. Cures thermales					
- Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	30 %	30 %	30 %	30 %	60 %
- Frais de traitement en établissement thermal	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal	60 % du forfait thermal
- Frais d'hébergement remboursé par la Sécurité sociale	35 %	35 %	35 %	52, 50 €	52, 50 €
- Frais d'hébergement non remboursé par la Sécurité sociale (par cure)	Néant	Néant	Néant	52, 50 €	52, 50 €

ACTES DE PRÉVENTION

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN Filia est réduite à due proportion, sauf forfaits.				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
12. Actes de prévention					
12.1. Forfait contraception	Néant	20€/personne / année civile	40€/personne / année civile	60€/personne / année civile	60€/personne / année civile
12.2. Forfait du voyageur	Néant	Néant	20€/personne / année civile	30€/personne / année civile	50€/personne / année civile
12.3. Forfait Prévention Equilibre :					
- Sevrage tabagique (traitements nicotiques de substitution)					
- Psychothérapie (consultations réalisées par un psychologue clinicien autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région)	Néant	Néant	75 €/an	150 €/an	175 €/an
- Diététique (consultations réalisées par un diététicien autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région)					
12.4. Vaccins (DTPolio, coqueluche, hépatite B, BCG...) :					
- Remboursées par la Sécurité sociale à 65 %.	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %

DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN Filia est réduite à due proportion, sauf forfaits.				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
I3. Dentaire					
I3.1 Consultations et soins conservateurs et chirurgicaux (Remboursables par la Sécurité sociale et selon la nomenclature générale des actes professionnels ou la classification commune des actes médicaux)	30%	30%	30%	30%	30%
I3.2. Inlay Onlay remboursés par la Sécurité sociale	30%	30%	50%	100%	150%
I3.3 Implantologie					
I3.3.1 1 implant (dans la limite de 2 implants sur 2 années civiles)	Néant	Néant	250€	518€	600€
I3.3.2 1 couronne définitive sur implant remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 2 couronnes définitives sur implant sur 2 années civiles)	30%	30%	122€ puis 30% au-delà du forfait	122€ puis 30% au-delà du forfait	190€ puis 30% au-delà du forfait
I3.4 Prothèses dentaires					
I3.4.1 Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un établissement ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)					
I3.4.1.1 Remboursées par la Sécurité sociale					
• Couronne céramo métallique ou céramo céramique dento portée	30%	75,25 €	161,25 €	220,37 €	260 €
• Couronne métallique dento portée	30%	75,25 €	122,75 €	133,75 €	160 €
• Inlay core	30%	30%	128,69 €	164,22 €	164,22 €
• Inlay core à clavette	30%	30%	151,17 €	249,17 €	249,17 €
• Bridge 3 éléments dento porté :					
- métal	30%	200 €	371,85 €	461,97 €	500 €
- céramique	30%	200 €	410,35 €	548,59 €	580 €
• Pilier de bridge supplémentaire :					
- métal	30%	75,25 €	122,75 €	133,75 €	133,75 €
- céramique	Néant	75,25 €	161,25 €	220,37 €	220,37 €
• Intermédiaire de bridge supplémentaire	30%	3,22 €	15 €	15 €	15 €
Appareils amovibles remboursés par la Sécurité sociale (dento portés ou sur implants)					
• Prothèse amovible définitive résine	30%	58,05 € (9 dents) puis 3,22 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	87,85 € (9 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	107,85 € (9 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	130 € (9 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents
• Prothèse amovible définitive métal	30%	58,05 € (1 à 3 dents) puis 3,22 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	87,85 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	107,85 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	130 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents
• Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil métal (par dent jusqu'à 14 dents)	30%	30%	30%	30%	30%
• Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil résine (par dent jusqu'à 6 dents)	30%	30%	30%	30%	30%
• Prothèse amovible transitoire	30%	38,70 € (1 à 3 dents) puis 3,22 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	87,85 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	107,85 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	130 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents
I3.4.1.2 Non remboursées par la Sécurité sociale					
Couronne définitive dento portée					
• métallique	Néant	Néant	122,75 €	133,75 €	133,75 €
• céramo métallique ou céramo céramique	Néant	Néant	161,25 €	220,37 €	220,37 €
• Bridge 3 éléments dento porté :					
- métal	Néant	Néant	333,35 €	375,35 €	400 €
- céramique	Néant	Néant	410,35 €	548,59 €	580 €
• Pilier de bridge supplémentaire :					
- métal	Néant	Néant	122,75 €	133,75 €	133,75 €
- céramique	Néant	Néant	161,25 €	220,37 €	220,37 €
• Intermédiaire de bridge supplémentaire	Néant	Néant	Néant	Néant	15 €
• Couronne unitaire transitoire, pilier et intermédiaire de bridge transitoire (limités aux incisives, canines et prémolaires)	Néant	Néant	31 €/élément	40 €/élément	40 €/élément
I3.4.1.3 Cas particulier					
• Traitements d'articulations temporo-mandibulaires (ATM) - gouttières occlusales	Néant	Néant	115 €	140 €	160 €

DENTAIRE

PRESTATIONS

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

Nature des frais

Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
--	---	--	--	---

<p>13.4.2 Prestation conventionnelle Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessous et fixée conventionnellement. Cette disposition s'applique aux prothèses dentaires fixes hors éléments de bridge transitoires.</p>					
<p>13.4.2.1 Remboursées par la Sécurité sociale Couronnes définitives (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)</p> <ul style="list-style-type: none"> Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire) Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire) <p>Couronnes définitives (sur molaire uniquement)</p> <ul style="list-style-type: none"> Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire) Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire) <p>Autres couronnes définitives remboursées par la Sécurité sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> Inlay core Inlay core à clavette Bridge 3 éléments dento porté Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire 	<p>La formule Efficience Santé Essentielle n'ouvre pas droit au conventionnement dentaire</p>	397,95 €	397,95 €	397,95 €	397,95 €
		397,95 €	397,95 €	397,95 €	397,95 €
		195,15 €	195,15 €	195,15 €	195,15 €
		195,15 €	195,15 €	195,15 €	195,15 €
		100 €	100 €	100 €	100 €
		116 €	116 €	116 €	116 €
		1000 €	1000 €	1000 €	1000 €
		110 €	110 €	110 €	110 €
<p>13.4.2.2 Non remboursées par la Sécurité sociale Bridge 3 éléments dento porté</p> <p>Piliers définitifs et intermédiaires de bridge définitifs supplémentaires</p> <p>Couronnes transitoires isolées sur toutes dents</p> <p>Couronnes définitives (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)</p> <ul style="list-style-type: none"> Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire) Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire) <p>Couronnes définitives (sur molaire uniquement)</p> <ul style="list-style-type: none"> Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire) Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire) 		1000 €	1000 €	1000 €	1000 €
		110 €	110 €	110 €	110 €
		50,70 €	50,70 €	50,70 €	50,70 €
		473,20 €	473,20 €	473,20 €	473,20 €
		473,20 €	473,20 €	473,20 €	473,20 €
		270,40 €	270,40 €	270,40 €	270,40 €
		270,40 €	270,40 €	270,40 €	270,40 €
<p>13.4.3 Réparations sur appareil amovible (dento portés ou sur implants)</p> <ul style="list-style-type: none"> Résine : <ul style="list-style-type: none"> - adjonction ou changement d'élément - par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents - réparation appareil fêlé ou fracturé Métal : <ul style="list-style-type: none"> - adjonction ou changement d'élément - par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents - réparation appareil sans démontage - réparation appareil avec remontage 1 élément - réparation appareil avec remontage jusqu'à 14 dents, par élément Rebasage Changement de facette (par élément) jusqu'à 8 facettes 		30%	30%	30%	30%
		30%	30%	30%	30%
		30%	30%	30%	30%
		30%	30%	30%	30%
		30%	30%	30%	30%
		30%	30%	30%	30%
		30%	30%	30%	30%
		Néant	Néant	Néant	Néant
		30%	30%	30%	30%
<p>13.5. Orthodontie</p> <p>13.5.1 Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)</p> <p>13.5.1.1 Examens préalables</p>		30 %	30 %	30 %	30 %
<p>13.5.1.2 Traitement pris en charge par la Sécurité sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> Traitement actif (par semestre) Traitement de contention <ul style="list-style-type: none"> - 1^{re} année - 2^e année 		Néant	38,70 €	96,75 €	174,15 €
		Néant	32,25 €	80,62 €	94,75 €
		30 %	32,25 €	80,62 €	145,12 €

DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN Fila est réduite à due proportion, sauf forfaits.				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
13.5.1.3 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN) <ul style="list-style-type: none"> Traitement actif dans la limite de 4 semestres maximum (finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7^e semestre uniquement) Traitement de contention 	Néant	38,70 €	96,75 €	174,15 €	174,15 €
	Néant	32,25 €	80,62 €	145,12 €	145,12 €
13.5.2 Prestation conventionnelle Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. Cette disposition ne s'applique pas aux examens préalables et 7 ^e semestre de finalisation de traitement.	La formule Efficience Santé Essentielle n'ouvre pas droit au conventionnement dentaire				
13.5.2.1 Traitement pris en charge par la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> Traitement actif (par semestre) Traitement de contention (1^{ère} année) 		296,60 € 109,15 €	296,60 € 109,15 €	296,60 € 109,15 €	296,60 € 109,15 €
13.5.2.2 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN) <ul style="list-style-type: none"> Traitement actif (par semestre) Traitement de contention (1^{ère} année) 		338,00 € 219,70 €	338,00 € 219,70 €	338,00 € 219,70 €	338,00 € 219,70 €

HOSPITALISATION

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN Fila est réduite à due proportion, sauf forfaits.				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
14. Honoraires médicaux hospitaliers					
14.1 Ticket modérateur	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
14.2 Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €
14.3 Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement * <ul style="list-style-type: none"> médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins 	Néant	Néant	40 %	50 %	80 %
	Néant	Néant	20 %	30 %	60 %
15. Hébergement et frais de séjour	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
16. Forfait journalier hospitalier					
16.1 Séjour dans un établissement psychiatrique	13,50 € par jour	13,50 € par jour	13,50 € par jour	13,50 € par jour	13,50 € par jour
16.2 Séjour dans un autre établissement	18 € par jour	18 € par jour	18 € par jour	18 € par jour	18 € par jour
17. Chambre particulière* en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée					
17.1 Prestation non conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement non conventionné avec MGEN	Néant	Néant	25 € / nuitée	31 € / nuitée	45 € / nuitée
17.2 Prestation conventionnelle Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN dans le cadre du conventionnement mutualiste, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant des prestations qui s'inscrivent dans le cadre de la convention.					
<ul style="list-style-type: none"> Médecine, chirurgie, obstétrique Maternité Psychiatrie Soins de suite et de réadaptation 	Néant	45 €/nuitée	45 €/nuitée	45 €/nuitée	45 €/nuitée
	Néant	50 €/nuitée	50 €/nuitée	50 €/nuitée	50 €/nuitée
	Néant	40 €/nuitée	40 €/nuitée	40 €/nuitée	40 €/nuitée
	Néant	35 €/nuitée	35 €/nuitée	35 €/nuitée	35 €/nuitée

HOSPITALISATION

Nature des frais		PRESTATIONS				
		Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation MGEN Filia est réduite à due proportion, sauf forfaits.				
18. Chambre particulière en cas de séjour en ambulatoire en chirurgie avec anesthésie, sans nuitée* Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN. Prestation conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation.		Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
		Néant	15 €	15 €	15 €	15 €
19. Frais d'accompagnant* Participation accordée pour l'accompagnement d'un mutualiste : - de moins de 16 ans, - ou de plus de 70 ans.						
19.1 Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN		Néant	Néant	15 € / nuitée	25 € / nuitée	35 € / nuitée
19.2 Prestation conventionnelle Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN dans le cadre du conventionnement mutualiste, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur le montant des prestations qui s'inscrivent dans le cadre de la convention. Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH).		Néant	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée

*dans la limite de 12 mois ou 365 jours (en cas de séjours successifs). Les droits sont de nouveau ouverts après une période continue de 6 mois sans hospitalisation

OPTIQUE

Nature des frais		PRESTATIONS									
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.									
		Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale					
20. Optique (sur prescription médicale) La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un opticien lunetier:		Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés**	Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés**	Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés**	Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés**	Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés**
Prestations avant 18 ans											
Type de verre	Codification Sécurité sociale	Par verre ***		Par verre ***		Par verre ***		Par verre ***		Par verre ***	
Verre unifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à + 4.00	2261874 2200393	40 %	22,50 €	30 €	37,50€	50€	45€	60€	60€	75€	
Verre unifocal de forte correction Sphère au-delà de +6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à + 4.00	2283953 2243304 2243540 2273854 2238941 2245036	40 %	85 €	100 €	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	145 €	
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre	2259245 2240671	40 %	90 €	105 €	100 €	120 €	110 €	130 €	125 €	150 €	
Verre progressif ou multifocal de forte correction Sphère au-delà de + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de + 8.00 en présence d'un cylindre	2238792 2234239	40 %	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	145 €	135 €	160 €	
Monture l'unité ***	2210546	40 %	30 €		35 €		45 €		60 €		

OPTIQUE

		PRESTATIONS									
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.									
Nature des frais		Formule Efficience Santé Essentielle		Formule Efficience Santé Découverte		Formule Efficience Santé Evolution		Formule Efficience Santé Extension		Formule Efficience Santé Optimale	
		Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés **	Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés **	Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés **	Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés **	Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés **
		Prestations à partir de 18 ans									
Verre unifocal de faible et moyenne correction	2203240 2259966	40 %	22,50 €	30 €	45 €	60 €	52,50 €	70 €	70 €	85 €	
Verre unifocal de forte correction	2284527 2280660 2282793 2235776 2212976 2288519	40 %	85 €	100 €	95 €	115 €	110 €	130 €	125 €	150 €	
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction	2290396 2227038	40 %	90 €	105 €	100 €	120 €	115 €	140 €	135 €	160 €	
Verre progressif ou multifocal de forte correction	2245384 2202239	40 %	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	160 €	145 €	175 €	
Monture l'unité ***	2223342	40 %	30 €		50 €		70 €		90 €		
Lentilles de contact correctrices quel que soit l'âge											
Prises en charge par la Sécurité sociale		40 %	40 %		92 € par œil et par année civile		110 € par œil et par année civile		140 € par œil et par année civile		
• forfait		40 %	40 %		40 %		40 %		40 %		
• prise en charge du ticket modérateur au-delà du forfait annuel ci-dessus		40 %	40 %		40 %		40 %		40 %		
Non prises en charge par la Sécurité sociale		Néant	Néant		54 € par œil et par année civile		65 € par œil et par année civile		100 € par œil et par année civile		
Prestations											
Suppléments divers (dont prisme, filtre)		40 %	40 %		40 %		40 %		40 %		
Chirurgie réfractive de l'œil (non remboursée par la Sécurité sociale)		Néant	Néant		100€/œil/année civile		200€/œil/année civile		250€/œil/année civile		
Système à vision télescopique (sur prescription médicale – s'ajoute le cas échéant le forfait pour monture)		40 %	40 %		40 %		40 %		40 %		

** Quand le mutualiste a recours à un opticien lunetier partenaire du réseau OPTISTYA ou e-OPTISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés (sur les équipements agréés en vigueur) et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des montures, des verres, des suppléments divers et des lentilles correctrices dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement. Retrouvez tous les opticiens partenaires du réseau OPTISTYA ou e-OPTISTYA depuis votre Espace personnel sur mgen.fr ou auprès des centres de services MGEN. Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.

***Pour les mutualistes ayant adhéré à la formule Efficience Santé Découverte, Efficience Santé Evolution, Efficience Santé Extension ou Efficience Santé Optimale :
 Pour les moins de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date d'adhésion.
 A partir de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date d'adhésion. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.
 La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien. Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des plannings fixés par le décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

ALLOCATION NOUVEL ENFANT

		PRESTATIONS				
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits				
Nature des frais		Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Evolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
		21. Allocation nouvel enfant		Néant	Néant	160 € par enfant

Chapitre 2 Cotisations

Article 17 - Cotisations des membres participants et des bénéficiaires

Conformément à l'article 54 des statuts, le membre participant, relevant de l'article 7-2 bis des statuts, acquitte une cotisation déterminée en fonction de l'âge qu'il atteint dans l'année civile de l'adhésion et de la formule de garanties choisie.

La cotisation acquittée par le membre participant est majorée par un complément de cotisation pour le(s) bénéficiaire(s) enfant(s) qui lui est (sont) rattaché(s). Le complément de cotisation est déterminé

en fonction de l'âge du (ou de chaque) bénéficiaire enfant atteint dans l'année de l'extension de la couverture familiale.

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

Le montant de la cotisation et de l'éventuel complément de cotisation est minoré de 30 % pour les membres participants et les 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 - GRILLES D'ENTRÉE

Âge 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)				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Évolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
Jusqu'à 18 ans	243 €	279 €	303 €	375 €	405 €
19 ans	252 €	285 €	321 €	390 €	438 €
20 ans	252 €	294 €	324 €	411 €	453 €
21 ans	258 €	297 €	333 €	420 €	465 €
22 ans	261 €	297 €	336 €	432 €	483 €
23 ans	267 €	303 €	345 €	444 €	498 €
24 ans	273 €	309 €	351 €	456 €	513 €
25 ans	279 €	318 €	363 €	474 €	534 €
26 ans	285 €	324 €	372 €	477 €	537 €
27 ans	294 €	330 €	384 €	486 €	546 €
28 ans	300 €	339 €	393 €	501 €	561 €
29 ans	309 €	348 €	402 €	510 €	573 €
30 ans	318 €	354 €	414 €	528 €	594 €
31 ans	327 €	366 €	426 €	543 €	609 €
32 ans	336 €	378 €	435 €	552 €	618 €
33 ans	345 €	390 €	450 €	564 €	633 €
34 ans	354 €	402 €	459 €	576 €	645 €
35 ans	366 €	417 €	474 €	594 €	669 €
36 ans	375 €	435 €	486 €	606 €	687 €
37 ans	384 €	450 €	498 €	621 €	702 €
38 ans	396 €	468 €	510 €	636 €	717 €
39 ans	408 €	483 €	525 €	651 €	738 €
40 ans	417 €	501 €	540 €	687 €	777 €
41 ans	429 €	516 €	555 €	717 €	810 €
42 ans	441 €	534 €	576 €	735 €	831 €
43 ans	453 €	546 €	600 €	753 €	852 €
44 ans	465 €	555 €	624 €	771 €	876 €
45 ans	480 €	576 €	645 €	798 €	909 €
46 ans	492 €	594 €	660 €	816 €	927 €
47 ans	507 €	603 €	681 €	837 €	951 €
48 ans	519 €	606 €	690 €	849 €	969 €
49 ans	534 €	624 €	708 €	864 €	993 €
50 ans	549 €	645 €	720 €	891 €	1020 €

TABLEAU DES COTISATIONS - GRILLES D'ENTRÉE

Âge du cotisant atteint dans l'année civile de son adhésion ou de l'extension de la couverture familiale	COTISATION OU COMPLÈMENT DE COTISATION ANNUEL (Régime général de Sécurité sociale)				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Évolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
51 ans	564 €	675 €	744 €	921 €	1056 €
52 ans	579 €	690 €	759 €	936 €	1077 €
53 ans	594 €	705 €	777 €	960 €	1104 €
54 ans	612 €	720 €	792 €	984 €	1134 €
55 ans	630 €	741 €	810 €	1002 €	1155 €
56 ans	648 €	756 €	831 €	1029 €	1188 €
57 ans	663 €	780 €	846 €	1047 €	1203 €
58 ans	684 €	795 €	864 €	1068 €	1236 €
59 ans	702 €	798 €	882 €	1089 €	1257 €
60 ans	720 €	813 €	897 €	1107 €	1275 €
61 ans	741 €	837 €	915 €	1128 €	1305 €
62 ans	762 €	855 €	936 €	1155 €	1338 €
63 ans	783 €	873 €	960 €	1173 €	1359 €
64 ans	804 €	885 €	984 €	1203 €	1395 €
65 ans	828 €	912 €	1002 €	1224 €	1419 €
66 ans	849 €	924 €	1029 €	1269 €	1467 €
67 ans	873 €	966 €	1056 €	1287 €	1488 €
68 ans	897 €	987 €	1074 €	1293 €	1491 €
69 ans	921 €	1017 €	1098 €	1326 €	1524 €
70 ans	948 €	1062 €	1134 €	1371 €	1578 €
71 ans	972 €	1083 €	1170 €	1410 €	1617 €
72 ans	1002 €	1116 €	1200 €	1425 €	1635 €
73 ans	1029 €	1149 €	1242 €	1476 €	1683 €
74 ans	1056 €	1194 €	1284 €	1521 €	1746 €
75 ans	1086 €	1230 €	1314 €	1554 €	1779 €
76 ans	1116 €	1266 €	1335 €	1581 €	1791 €
77 ans	1146 €	1302 €	1353 €	1584 €	1809 €
78 ans	1179 €	1341 €	1392 €	1626 €	1845 €
79 ans	1212 €	1383 €	1434 €	1656 €	1884 €
80 ans et plus	1245 €	1443 €	1485 €	1692 €	1923 €

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

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.

Un montant forfaitaire de 3,81 euros, intégré à la cotisation appelée, est dû au titre du contrat collectif souscrit auprès de la MAIF (article 10 du présent règlement).

Article 18 - 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 Garantie invalidité supplémentaire au régime Corem

➤ Garantie

Article 1 - Objet du règlement

Le présent règlement a pour objet d'assurer, en cas d'invalidité du membre participant, la continuité du plan de retraite dans lequel il s'est engagé.

Article 2 - Conditions d'adhésion

L'adhésion à la garantie est ouverte aux membres participants MGEN Filia en activité, âgés de moins de 57 ans ayant adhéré au règlement mutualiste Efficience Santé ou au règlement mutualiste Espace Bienvenue et souscrit un Corem.

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 date de 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 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.

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,
- le 60^e anniversaire du membre participant,
- le décès du membre participant,
- la réalisation du risque.

Article 5 - 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.

➤ Prestations

Article 6 - Montant et versement de la prestation

La garantie prévoit la prise en charge, par MGEN Filia, du montant des versements effectués sur le Corem par l'adhérent à la garantie. Le montant de la prestation annuelle correspond à la moyenne annuelle des versements de cotisations effectués sur le Corem au cours des trois dernières années civiles, hors rachat de cotisations défiscalisées, sur lesquels une cotisation au titre de la garantie a été acquittée.

La prestation est versée au membre participant 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.

La prestation est versée trimestriellement à terme échu.

Article 7 - 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^e catégorie Sécurité sociale,
- la reprise d'une activité professionnelle,
- le décès du membre participant.

Article 8 - 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 non fonctionnaires : la copie de la notification d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale de 2^e ou 3^e catégorie,
- pour les fonctionnaires : une copie du titre de pension (aussi appelée certificat d'inscription de la pension civile d'invalidité).

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 les 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 soient réunies.

En cours de service, la mutuelle peut solliciter de nouveau des pièces justificatives.

A 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 9 - Risques exclus

Les sinistres résultant de faits intentionnellement causés ou provoqués par le membre participant ne sont pas garantis.

› Cotisations

Article 10 - 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 11 - Résiliation pour défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant

la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

› Droits et obligations

Article 12 - Information des membres participants

En application de l'article 52 des statuts de MGEN Filia, 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 13 - 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 14 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser, par lettre simple à :

MGEN Filia - Gestion des réclamations - CS 90899 - 34012 Montpellier Cedex 1.

Après épuisement de toutes procédures de traitement des réclamations, le membre participant peut, dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation, saisir le médiateur MGEN. Toute demande de médiation doit être formulée par écrit en langue française et adressée :

Par voie postale à :

MGEN Filia - Le Médiateur - 3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15.

Ou par voie électronique à :

mediation@mgen.fr

Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être consultées sur le site mgen.fr (rubrique médiation) ou obtenues sur demande à l'adresse postale ci-dessus.

Article 15 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN Filia.

Article 16 - 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. Celui-ci bénéficie, 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 CNIL - CS 90899 - 34012 Montpellier Cedex 1.

mgen[★]

3 square Max Hymans
75748 Paris Cedex 15

mgenfilia.fr