

mgen^{*}

GROUPE **vyv**

MGEN
EFFICIENCE
SANTÉ



STATUTS & RÈGLEMENTS MUTUALISTES

Applicables au 1^{er} janvier 2022

The logo for MGEN, consisting of the letters 'MGEN' in a bold, white, sans-serif font, positioned in the bottom-left corner of a large green grid background.

4 Statuts

17 Règlement mutualiste Efficienc e Santé

Statuts

RAISON D'ÊTRE MGEN

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

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I

Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Il est établi par les membres adhérents aux présents statuts une mutuelle, dénommée Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), groupement de personnes de droit privé à but non lucratif. MGEN est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399.

La mutuelle a été créée le 8 décembre 1946 sous l'égide de mutuelles existant antérieurement et d'organismes syndicaux ressortissant aux personnels de l'Education nationale.

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

Article 2 - Siège de la Mutuelle

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

Article 3 - Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet, directement ou indirectement, dans le respect des valeurs de la République « Liberté, Egalité, Fraternité » et des principes de solidarité et de laïcité :

- 1 - de prévenir les risques sociaux liés à la personne et d'assurer la réparation de leurs conséquences au moyen de prestations en nature et en espèces ;
- 2 - d'assurer la protection de l'enfance, de la famille, des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées et d'accompagner ses adhérents dans leurs situations de vie ;
- 3 - de favoriser le développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et l'amélioration de leurs conditions de vie ;
- 4 - de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2) ;
- 5 - d'apporter la caution de la mutuelle à certaines catégories de prêts immobiliers contractés par les adhérents (branche 15) ;
- 6 - de mettre en œuvre une action sociale ;
- 7 - de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;
- 8 - d'assurer le service des prestations de la Sécurité sociale par l'intermédiaire de ses sections départementales constituant des sections locales des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) ;

9 - de participer à la gestion des actions sociales du ministère de l'Education nationale ou de tout employeur public ayant une activité visée à l'article 7 des présents statuts ;

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

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

MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut accepter en réassurance les engagements mentionnés à l'article L. 111-1 - I - 1 a) à 1 e) du Code de la mutualité.

Elle peut, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II du Code de la mutualité pour la délivrance de ces engagements.

La mutuelle peut se réassurer auprès d'entreprises non régies par le Code de la mutualité.

Elle peut :

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

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Conformément aux dispositions de l'article 33 des présents statuts, les taux et montants de cotisations et de prestations sont fixés par le conseil d'administration.

Article 5 - Délégation de gestion

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

Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

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

➤ Chapitre 2

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

Section 1 - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

1 - Champ de recrutement individuel

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

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

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

2 - Champ de recrutement collectif

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

Article 8 - Modalités d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

1 - Adhésion individuelle

Adhèrent à la mutuelle, à titre individuel, en qualité de membres participants, les personnes :

- visées à l'article 7-1 des statuts,
- exerçant à ce titre leur activité principale,
- et qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'adhésion.

Est considérée comme activité principale l'activité unique de l'adhérent ou, dans le cadre de l'exercice de plusieurs activités, celle qui représente au minimum 50 % de l'horaire normal de la catégorie à laquelle est rattaché l'adhérent.

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

2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

Adhèrent à la mutuelle, dans le cadre d'un dispositif conventionnel collectif, en qualité de membres participants, les personnes visées à l'article 7-2 des présents statuts qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'adhésion.

3 - Il est considéré qu'il est fait acte d'adhésion et/ou d'extension de la couverture familiale à la date où :

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

En cas de rejet, le candidat peut faire appel de cette décision devant le conseil d'administration dans la quinzaine qui suit la notification. Celui-ci statue dans les plus brefs délais. Sa décision, qui n'a pas à être motivée, n'est susceptible d'aucun recours.

Pour toute personne relevant du champ de recrutement défini à l'article 7 des statuts, sous réserve du respect des modalités d'adhésion mentionnées à l'article 8-1 ou 8-2 des statuts, l'adhésion à la mutuelle s'effectue :

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

L'adhésion à MGEN et/ou l'extension de la couverture familiale prennent effet selon la volonté exprimée par le membre participant :

- au 1^{er} jour qui suit la demande,
- à la date librement indiquée par le membre participant dans un délai maximum allant jusqu'au 1^{er} jour du 7^e mois, à compter de la demande, sous réserve que le membre participant soit dans le champ de recrutement au moment de la prise d'effet de l'adhésion.

Article 9 - Membres participants

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

Les membres participants de MGEN, adhérents de l'offre MGEN Santé Prévoyance et de l'offre MGEN International Santé Prévoyance, sont membres participants de toutes les mutuelles qu'elle a créées en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité : MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia. Ils n'ont pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants sont regroupés en différentes catégories telles que définies aux règlements mutualistes.

Article 10 - Ayants droit

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

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

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

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 11 - Démission

1 - Démission à effet du 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 à condition d'en faire la demande au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre. À défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1^{er} janvier.

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

2 - Démission en cours d'année

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

Le membre participant, couvert par une offre contenant uniquement des garanties en prévoyance, peut mettre fin à son adhésion en cours d'année avec effet à partir du 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.

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

3 - Formalisme de la demande de démission

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

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

4 - Décès du membre participant

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

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

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

Article 12 - Résiliation de la couverture familiale

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

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

Article 13 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non paiement des cotisations

1 - Suspension

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à défaut de paiement dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent, la mutuelle a la faculté de résilier sa garantie.

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

2 - Résiliation

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

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

Article 14 - Réticence ou fausse déclaration

La garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part

de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 15 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

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

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

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

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

Article 16 - Conséquences de la démission, de la résiliation et de la déchéance

La mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la démission ou de la résiliation.

La démission, la résiliation et la déchéance entraîne la perte de la qualité de membre participant ainsi que la fin de l'extension de la couverture familiale.

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

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ou de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions du droit étaient antérieurement réunies, telles que prévues aux règlements mutualistes.

➤ Chapitre 3

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

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

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

- des ministères de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et de la Culture, et des établissements publics qui leur sont rattachés ;

- des ministères des Solidarités et de la Santé, du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion et des établissements publics qui leurs sont rattachés ;
- des ministères de la Transition écologique, de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, et des établissements publics qui leurs sont rattachés.

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

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

➤ Chapitre 4

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

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

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

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

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

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

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre 1

Assemblée générale

Section 1 - Composition, élections

Article 17 - Composition

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

Les adhérents de MGEN Vie, MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé et MGEN Filia étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN, il est procédé à l'élection commune aux cinq mutuelles d'une délégation unique.

Article 18 - Définitions des sections de vote

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

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

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

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

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

Article 19 - Élection des délégués

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

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

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

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

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

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

Le nombre de délégués suppléants est inférieur ou égal au nombre de délégués titulaires, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues lors du scrutin.

I - Candidatures et conditions d'éligibilité

Les membres du comité départemental ou de gestion de la SEM ainsi que les adhérents candidats à cette élection peuvent présenter leur candidature pour être élu délégué à l'assemblée générale.

Les candidatures sont recueillies selon les modalités précisées par le protocole électoral.

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

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

2 - Modalités d'élections

Cette élection a lieu simultanément aux élections aux comités départementaux.

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

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

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

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

Article 20 - Empêchement d'un délégué et vacance d'un poste

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

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 21 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

Article 22 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

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

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

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Article 23 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 22-1 et 22-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 24 - Compétences

L'assemblée générale élit les membres du conseil d'administration. Elle est appelée à se prononcer sur :

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

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

Article 25 - Force exécutoire des décisions

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

➤ Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 26 - Composition et élection des membres

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

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus, y compris par recours au vote électronique, dans des conditions garantissant le secret du vote, par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 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 20 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 27 - Statut des administrateurs

1- Mise à disposition

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

Le nombre maximum des postes pouvant être occupés par des fonctionnaires du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ainsi mis à disposition est fixé à 55.

2 - Limite d'âge

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

3 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

4 - Incompatibilités

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

5 - Interdictions

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

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

Article 28 - Représentation des salariés

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Réunions

Article 29 - Convocation et ordre du jour

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an. Le président en établit l'ordre du jour. La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du conseil.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent pas se faire représenter.

Article 30 - Obligation de confidentialité

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président de séance.

Article 31 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

Article 32 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 33 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application,
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de

l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles,

- à la clôture de chaque exercice, arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité,
 - approuve annuellement le rapport sur la solvabilité et la situation financière publié annuellement et le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité lesquels sont transmis à l'ACPR,
 - fixe les montants ou les taux de cotisations et de prestations dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Le conseil d'administration rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière,
 - adopte les politiques écrites,
 - désigne les responsables des fonctions clés, gestion des risques, vérification de la conformité, audit interne et actuariat,
 - statue, à la majorité des deux tiers sur la cession en réassurance,
 - adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle,
- Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 34 - Délégations de pouvoirs

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

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

➤ Chapitre 3

Président et bureau

Section I - Élection et missions du président

Article 35 - Élection

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

Le président est élu pour une durée de deux ans au cours de la première réunion du conseil d'administration qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration.

Le président est rééligible.

Article 36 - Vacance

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

Article 37 - Missions du président

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

Section 2 - Élection et composition du bureau

Article 38 - Élection

Les membres du bureau sont élus pour deux ans par le conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration.

Article 39 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

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

➤ Chapitre 4

Direction effective

Article 40 - Dirigeants effectifs

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

Article 41 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

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

Article 42 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

➤ Chapitre 5

Organisation des sections départementales et de la section extra métropolitaine

Section I - Les sections

Article 43 - Définition des sections

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections créées par décision du conseil d'administration.

1 - Une section pour chaque département. Les membres participants, adhérents de la mutuelle à titre individuel ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif, sont rattachés à la section du département dont ils relèvent au titre de leur affiliation à la Sécurité sociale.

2 - La section extra métropolitaine (SEM) regroupe les membres participants non rattachés à une section départementale et dont le lieu d'exercice pour les actifs, ou le lieu de résidence pour les retraités, maintenus, orphelins et associés est situé à l'étranger ou dans les collectivités d'outre-mer.

Ces membres participants constituent la section de vote.

Section 2 - Administration des sections

Article 44 - Administration des sections départementales

Sous la responsabilité du conseil d'administration, chaque section départementale est administrée par un comité départemental composé de 12 à 30 membres.

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les membres du comité départemental élus sont affectés au renouvellement de la moitié sortante, puis au remplacement des postes devenus vacants. En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au plus jeune candidat.

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

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

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

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

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

A1 - Conditions d'éligibilité

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

- être membre participant au 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- être à jour de ses cotisations au 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- être âgé de 18 ans révolus l'année précédant l'élection,
- être âgé de moins de 70 ans l'année de l'élection,
- ne pas avoir été salarié de la mutuelle, des mutuelles et des organismes créés par elle ou une autre entité du groupe MGEN, au moins 3 ans avant l'élection à compter du 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- ne pas être frappé d'incapacité juridique.

A2 - Limite d'âge

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

A3 - Contestations

Les élections aux comités départementaux et au bureau sont soumises à la validation du conseil d'administration.

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

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

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

B - Membres de droit

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

Article 45 - Administration de la section extra métropolitaine

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

La SEM définie à l'article 50, est administrée par un comité de gestion composé :

- des détachés auprès de MGEN exerçant leur activité à la SEM,
- des membres du conseil d'administration désignés par lui,
- de 6 adhérents élus relevant de la SEM.

A - Membres élus

Les membres élus du comité de gestion le sont pour 6 ans par les membres participants rattachés à la section et doivent être issus de pays ou collectivités d'outre-mer distincts. Le renouvellement du comité de gestion a lieu par tiers les années paires.

Les membres sortants sont rééligibles.

Est considéré comme démissionnaire du comité de gestion, tout membre participant n'étant plus rattaché à la section.

Le vote par correspondance est la règle pour les élections au comité de gestion.

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

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

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

A1 - Conditions d'éligibilité

Les conditions d'éligibilité et de limite d'âge sont identiques à celles figurant à l'article 51-A1 des statuts pour les membres des comités de section.

A2- Suppléance

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

A3 - Vacance

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

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

A4 - Contestations

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

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

Toute contestation relative à l'élection est soumise au conseil d'administration qui sert de juridiction d'appel et peut déléguer ses pouvoirs

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

B - Membres de droit

Les membres du bureau national de MGEN Union sont membres de droit du comité de gestion.

Section 3 - Fonctionnement des sections

Article 46 - Dispositions générales

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

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

- le règlement intérieur des sections, adopté par le conseil d'administration,
- le guide territorial,

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

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

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

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

➤ Chapitre 6

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 47 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

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

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

La répartition des cotisations pour l'ensemble des offres portées par les mutuelles du Groupe MGEN est annexée aux présents statuts. Pour la bonne information de l'adhérent, la part de cotisation affectée à chaque mutuelle est spécifiée au bas du tableau de cotisations figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

Article 48 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à son activité,

- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,
- les cotisations versées au système fédéral de garantie prévu à l'article L.111-5 du Code de la mutualité,
- et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

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

Article 49 - Modes de placement

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

Article 50 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme de 1 000 000 €. Ce montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 22-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 51 - Marge de solvabilité

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

Article 52 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 53 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. Les commissaires aux comptes sont convoqués à toute assemblée générale et au conseil d'administration qui arrête les comptes.

Section 4 - Comité d'audit

Article 54 - Comité d'audit

Il est mis en place, sous la responsabilité exclusive et collective du conseil d'administration, un comité d'audit chargé de la supervision des processus d'élaboration et de contrôle des informations comptables et financières, et du suivi des dispositifs de maîtrise des risques au sein du groupe MGEN.

Le comité d'audit a notamment pour missions d'assurer le suivi :

- de l'efficacité des dispositifs de contrôle interne et de gestion des risques,
- du contrôle légal des comptes annuels et des comptes combinés par les commissaires aux comptes,
- de l'indépendance des commissaires aux comptes.

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

Le comité d'audit est composé d'au moins quatre administrateurs dont les 2/3 n'exercent pas directement de responsabilités opérationnelles au sein du groupe MGEN. Il est présidé par un administrateur désigné par le conseil d'administration.

Les modalités de fonctionnement du comité d'audit sont régies par une charte adoptée par le conseil d'administration.

➤ Chapitre 7

Fonctionnaires détachés à MGEN

Article 55 - Missions des détachés

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 3 des présents statuts, le groupe MGEN fait appel à des fonctionnaires en position de détachement pour exercer à temps plein les fonctions :

- de directeur ou directeur adjoint d'établissements,
- de président ou directeur de section départementale,
- de délégué au niveau départemental, régional ou national.

Le nombre maximum des postes pouvant être occupés par des fonctionnaires placés en position de détachement par le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche est fixé à 320.

TITRE 3

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

Article 56 - Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la mutuelle à l'UMG Groupe VYV

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe VYV telle que définie à l'article L.111-4-2 du Code de la mutualité.

À ce titre, la mutuelle s'engage au respect des dispositions des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation conclue avec elle, et notamment celles imposant de :

- permettre la participation des dirigeants de l'UMG aux instances de la mutuelle ;
- se conformer aux décisions du conseil d'administration de l'UMG dans les domaines placés sous contrôle stratégique du Groupe ;
- recueillir l'accord du conseil d'administration de l'UMG ou l'informer, selon les cas, préalablement à la réalisation d'opérations précisément définies dans les statuts de l'UMG ou dans la convention d'affiliation ;
- soumettre à l'agrément du conseil d'administration de l'UMG la nomination du dirigeant opérationnel et autres dirigeants effectifs salariés de la mutuelle, ainsi que celle de ses responsables des fonctions clés, préalablement à leur désignation par le conseil d'administration de celle-ci ;
- soumettre au vote du conseil d'administration de la mutuelle, à la demande expresse du conseil d'administration de l'UMG, la révocation du dirigeant opérationnel et/ou des autres dirigeants effectifs salariés et/ou la destitution de tout ou partie des responsables des fonctions clés de la mutuelle ;
- se prêter aux audits diligentés par le conseil d'administration de l'UMG dans les conditions prévues dans la convention d'affiliation, et se conformer à leurs préconisations et à leurs modalités de suivi.

Plus généralement, la mutuelle s'engage à se conformer aux mécanismes traduisant d'une part l'influence dominante du nouveau Groupe sur ses mutuelles affiliées et d'autre part la solidarité financière, ainsi qu'à se soumettre aux pouvoirs de contrôle et de sanction de celui-ci.

Les dispositions et engagements pris au titre du présent article complètent les articles des présents statuts qui portent le cas échéant sur les mêmes sujets ; en cas de contradiction, ces dispositions et engagements prévalent.

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 57 - Respect des statuts et règlement(s)

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

Toute personne qui souhaite être membre de MGEN, au titre d'un dispositif conventionnel collectif, fait acte d'adhésion au contrat collectif et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements et de la notice d'information du contrat souscrit entre la personne morale et MGEN.

Les droits et obligations des membres participants sont :

- pour les adhérents à titre individuel, ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) dont ils relèvent ;
- pour les adhérents à titre collectif, ceux prévus aux statuts et au contrat collectif dont ils relèvent.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires, toute modification des statuts et des règlements 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.

Article 58 - Paiement des cotisations

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN SANTÉ PRÉVOYANCE

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF					
	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Initiale					
Moins de 30 ans	95,82%	1,94%	0,40%	1,84%	0,00%
De 30 à 34 ans	94,90%	1,70%	0,66%	2,56%	0,18%
De 35 à 39 ans	96,84%	1,52%	0,60%	0,88%	0,16%
De 40 à 44 ans	98,05%	1,25%	0,49%	0,21%	0,00%
De 45 à 49 ans	98,12%	1,21%	0,47%	0,20%	0,00%
De 50 à 54 ans	98,40%	1,14%	0,45%	0,01%	0,00%
De 55 à 59 ans	98,44%	1,12%	0,43%	0,01%	0,00%
À partir de 60 ans	98,87%	0,71%	0,41%	0,01%	0,00%
MGEN Équilibre Actif					
Moins de 30 ans	83,83%	1,57%	0,32%	13,93%	0,35%
De 30 à 34 ans	86,20%	1,25%	0,49%	11,66%	0,40%
De 35 à 39 ans	88,88%	1,21%	0,48%	9,17%	0,26%
De 40 à 44 ans	90,86%	1,11%	0,44%	7,47%	0,12%
De 45 à 49 ans	91,32%	1,07%	0,43%	7,06%	0,12%
De 50 à 54 ans	92,17%	1,04%	0,40%	6,28%	0,11%
De 55 à 59 ans	92,46%	1,02%	0,39%	6,02%	0,11%
À partir de 60 ans	92,87%	0,65%	0,36%	6,02%	0,10%
MGEN Équilibre Actif Renforcée					
Moins de 30 ans	72,93%	1,35%	0,28%	25,14%	0,30%
De 30 à 34 ans	78,75%	1,10%	0,44%	19,35%	0,36%
De 35 à 39 ans	81,48%	1,06%	0,42%	16,81%	0,23%
De 40 à 44 ans	84,24%	0,96%	0,36%	14,33%	0,11%
De 45 à 49 ans	85,62%	0,94%	0,36%	12,98%	0,10%
De 50 à 54 ans	88,87%	0,88%	0,35%	9,80%	0,10%
De 55 à 59 ans	89,41%	0,88%	0,35%	9,26%	0,10%
À partir de 60 ans	88,91%	0,56%	0,31%	10,13%	0,09%
MGEN Référence Actif					
Moins de 30 ans	84,13%	1,51%	0,30%	13,72%	0,34%
De 30 à 34 ans	86,98%	1,19%	0,46%	10,98%	0,39%
De 35 à 39 ans	89,68%	1,18%	0,47%	8,42%	0,25%
De 40 à 44 ans	91,59%	1,13%	0,44%	6,71%	0,13%
De 45 à 49 ans	92,25%	1,09%	0,44%	6,10%	0,12%
De 50 à 54 ans	92,83%	1,06%	0,42%	5,58%	0,11%
De 55 à 59 ans	93,03%	1,05%	0,40%	5,40%	0,12%
À partir de 60 ans	93,79%	0,68%	0,38%	5,05%	0,10%
MGEN Référence Actif Renforcée					
Moins de 30 ans	74,09%	1,32%	0,26%	24,04%	0,29%
De 30 à 34 ans	79,68%	1,06%	0,42%	18,49%	0,35%
De 35 à 39 ans	81,94%	1,05%	0,42%	16,36%	0,23%
De 40 à 44 ans	84,16%	0,97%	0,37%	14,39%	0,11%
De 45 à 49 ans	85,43%	0,95%	0,37%	13,14%	0,11%
De 50 à 54 ans	88,67%	0,92%	0,35%	9,96%	0,10%
De 55 à 59 ans	89,17%	0,92%	0,35%	9,46%	0,10%
À partir de 60 ans	88,58%	0,59%	0,32%	10,42%	0,09%

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF

	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Intégrale Actif					
Moins de 30 ans	87,34%	1,29%	0,27%	10,81%	0,29%
De 30 à 34 ans	88,90%	1,04%	0,41%	9,31%	0,34%
De 35 à 39 ans	91,35%	1,03%	0,41%	6,98%	0,23%
De 40 à 44 ans	92,95%	0,98%	0,38%	5,58%	0,11%
De 45 à 49 ans	93,76%	0,95%	0,38%	4,81%	0,10%
De 50 à 54 ans	94,14%	0,92%	0,37%	4,48%	0,09%
De 55 à 59 ans	94,52%	0,91%	0,36%	4,12%	0,09%
À partir de 60 ans	95,33%	0,59%	0,33%	3,66%	0,09%
MGEN Intégrale Actif Renforcée					
Moins de 30 ans	78,33%	1,13%	0,24%	20,05%	0,25%
De 30 à 34 ans	82,95%	0,95%	0,38%	15,42%	0,30%
De 35 à 39 ans	84,86%	0,93%	0,37%	13,64%	0,20%
De 40 à 44 ans	86,71%	0,86%	0,33%	12,01%	0,09%
De 45 à 49 ans	87,78%	0,85%	0,33%	10,95%	0,09%
De 50 à 54 ans	90,47%	0,82%	0,32%	8,31%	0,08%
De 55 à 59 ans	90,90%	0,82%	0,31%	7,89%	0,08%
À partir de 60 ans	90,44%	0,52%	0,29%	8,67%	0,08%

MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Initiale					
Moins de 70 ans	97,13%	2,37%	0,32%	0,00%	0,18%
À partir de 70 ans	97,23%	2,27%	0,32%	0,00%	0,18%
MGEN Équilibre retraité					
Moins de 70 ans	88,22%	2,15%	0,29%	9,26%	0,08%
À partir de 70 ans	90,22%	2,04%	0,29%	7,07%	0,38%
MGEN Référence retraité					
Moins de 70 ans	88,02%	2,31%	0,32%	9,26%	0,09%
À partir de 70 ans	88,93%	2,21%	0,31%	8,13%	0,42%
MGEN Intégrale retraité					
Moins de 70 ans	89,08%	2,00%	0,27%	8,58%	0,07%
À partir de 70 ans	90,08%	1,93%	0,26%	7,37%	0,36%

En cas de modification de cette répartition, la nouvelle répartition sera notifiée aux membres participants par le biais de la revue nationale d'information.

VENTILATION DE COTISATION MGEN INTERNATIONAL SANTÉ PRÉVOYANCE

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

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN DUO

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

- 4,47 % affectés à MGEN Vie
- 95,53 % affectés à la MGEN.

**VENTILATION DE COTISATION MGEN ALTERNATIVE SANTÉ PRÉVOYANCE
RÉPARTITION DE LA COTISATION (FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE) DU MEMBRE
PARTICIPANT ACTIF ENTRE MGEN ET MGEN VIE**

FRAIS DE SANTÉ			
	Santé 1	Santé 2	Santé 3
MGEN	100%	100%	100%
MGEN Vie	0%	0%	0%

PRÉVOYANCE			
	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
MGEN	78,43%	84,37%	84,55%
MGEN Vie	21,57%	15,63%	15,45%

**VENTILATION DE COTISATION MGEN MINISTÈRES SOCIAUX
RÉPARTITION DE LA COTISATION - FRAIS DE SANTÉ
RÉPARTITION DE LA COTISATION - PRÉVOYANCE
(Pour tout âge et tout indice de la fonction publique)**

FRAIS DE SANTÉ					
	Santé Base	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Surcomplémentaire
MGEN	100%	100%	100%	100%	100%
MGEN Vie	0%	0%	0%	0%	0%

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN ÉCOLOGIE ET TERRITOIRES

FRAIS DE SANTÉ		
	Niveau 1	Niveau 2
MGEN	100%	100%
MGEN Vie	0%	0%

PRÉVOYANCE		
	Niveau 1	Niveau 2
MP Actifs		
MGEN	82,53%	81,73%
MGEN Vie	17,47%	18,27%
MP Retraités		
MGEN	0%	0%
MGEN Vie	100%	100%

Règlement mutualiste Efficience Santé

Article 1 - Objet

Le présent règlement définit l'Offre Efficience Santé que la mutuelle propose aux membres participants définis au présent article et comprend :

- 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.

Peuvent adhérer au présent règlement les personnes qui n'entrent dans le champ d'aucune autre offre du groupe MGEN, et qui bénéficient d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

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

Ils sont regroupés en différentes catégories :

1 - Les membres participants

Les personnes qui entrent dans le champ de l'offre Efficience Santé.

2 - Les bénéficiaires enfants

Le membre participant peut étendre la couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 18 ans, dès lors que celui-ci est assuré social ou ayant droit d'un régime de Sécurité sociale français.

Peuvent être bénéficiaires enfants, les enfants à charge quel que soit le lien juridique avec le membre participant ou son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin.

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

Article 2 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN.

Article 3 - Protection des données à caractère personnel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 4 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation, l'adhérent peut s'adresser à la mutuelle :

- par email : via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel ;
- par téléphone au 3116 (service gratuit + prix appel) ;
- par courrier à l'adresse,
**MGEN - Gestion des réclamations CS 90899
34012 Montpellier Cedex 1 ;**
- en points d'accueil.

Si l'adhérent est en désaccord avec la réponse ou la solution apportée par le Service Adhérents, il a la possibilité d'adresser une réclamation à la mutuelle à l'adresse suivante :

**MGEN - Direction Relation Adhérents / Réclamations
3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15.**

Important : Tout recours au service réclamation de la mutuelle doit avoir fait l'objet au préalable d'au moins un contact avec le Service Adhérents (premier niveau de réclamation).

Si le litige persiste malgré les échanges avec la mutuelle, ou si l'adhérent n'obtient pas de réponse dans le délai de douze jours calendaires, il peut saisir le Médiateur dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation.

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :
**CNPM - MÉDIATION - CONSOMMATION
27, avenue de la Libération
42400 SAINT-CHAMOND**
- via le site : cnpm-mediation-consommation.eu

Article 5 - Fait générateur

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

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

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

Article 6 - 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 ou d'un recommandé électronique ;
- 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 garanties choisie, sont décrites ci-après et figurent dans le tableau des prestations (article 18).

Les prestations sont servies pour les soins réalisés en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer.

Pour les soins réalisés lors d'un séjour temporaire à l'étranger ou dans une collectivité d'outre-mer, les prestations sont servies en complément de la couverture du régime obligatoire d'assurance maladie français ou équivalent.

Article 7 - 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 12 mois dans la formule qu'il souhaite quitter et d'en faire la demande par écrit.

Le changement de formule est également possible à tout moment lorsque la demande a pour origine une modification de la situation familiale (mariage/PACS/concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, divorce/rupture de PACS/rupture de concubinage, veuvage) ou une situation de chômage indemnisé, sous réserve que le membre participant établisse sa demande dans un délai de 6 mois suivant l'évènement.

La nouvelle formule prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

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

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

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

Article 8 - 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 9 - Prestations de santé

9-1 - Frais de soins

Les prestations suivantes incluent celles de la Sécurité sociale, selon les montants indiqués à l'article 18 :

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

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

Le droit à prestation est apprécié à la date des soins (date d'exécution de l'acte, date de délivrance des produits et prestations). Pour l'orthodontie, le droit à prestation est apprécié à la date de fin de chaque fraction de traitement.

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

- soit à hauteur de la prestation conventionnelle lorsque des accords spécifiques existent entre la mutuelle et le professionnel ou l'établissement de santé (hospitalisation, dentaire, optique, aide auditive - voir tableaux des prestations - article 18) ;
- soit au moins à hauteur du ticket modérateur dans les autres cas dès lors que l'acte concerné relève du contrat solidaire et responsable.

9-2 - 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 8 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.

9-3 - 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.

I - Frais de séjour

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

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

2 - Risques garantis

Sous réserve d'une participation de la Sécurité sociale :

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

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

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

3 - Participation aux frais d'accompagnant

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

Article 10 - Prestations de prévention

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

• Forfait Prévention Equilibre

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

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

• Contraception

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

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

• Forfait du voyageur

La prestation est versée pour les vaccins et rappels suivants prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale : Fièvre jaune, Méningite A + C, Méningite C, Méningite A + C + Y + W135, Hépatite A, Hépatites A et B, Typhoïde, Typhoïde + Hépatite A, Rage, Encéphalite japonaise, Encéphalite à tiques, Leptospirose, Choléra ; traitements médicamenteux 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 11 - Prestations d'aide aux personnes

La mutuelle a souscrit au bénéfice de ses membres participants et de leurs bénéficiaires un contrat collectif auprès de 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 12 - Accès au service « Mes Docteurs »

A leur initiative, les membres participants peuvent consulter à distance un médecin généraliste ou spécialiste, sans exigence d'un contact préalable avec son médecin traitant ou d'une consultation physique antérieure.

Ce service est accessible depuis l'espace personnel du membre participant.

Article 13 - Offres facultatives complémentaires

Dans le cadre de son adhésion au présent règlement mutualiste, le membre participant et/ou le membre bénéficiaire peut adhérer à une ou plusieurs garanties additionnelles souscrites par MGEN à son profit.

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

Les conditions et modalités de ces garanties figurent au sein des notices d'information relatives à ces garanties.

Article 14 - 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 15 - Limite des remboursements

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

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

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

Article 16 - 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 dispositifs conventionnels et protocoles des professionnels de santé conventionnés avec MGEN après accord de prise en charge pour les frais relatifs aux prestations conventionnelles en optique, aide auditive et dentaire ;
- pour les prestations non conventionnelles :
 - 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 aides auditives : la facture commerciale nominative acquittée et détaillée du fournisseur précisant les équipements délivrés et en mentionnant le prix, la marque, la codification ainsi que la date de délivrance ;
- 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 et chiropraxie : facture nominative acquittée. La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte ;
 - psychothérapie, consultations diététiques, forfait contraception : facture nominative acquittée ;
 - forfait du voyageur : prescription médicale et factures nominatives acquittées ;
 - chirurgie réfractive de l'œil : facture originale nominative acquittée détaillant la nature de l'opération et précisant la date, le lieu, le montant, l'identification professionnelle du praticien. La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte.

Article 17 - 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 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.

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

Article 18 - Tableaux des prestations

SOINS COURANTS

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Évolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
Honoraires médicaux					
Consultations / Visites de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)					
Médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Consultations / Visites de médecins spécialistes					
- Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 %	100 %	135 %	150 %	170 %
- Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*			115 %	130 %	150 %
Consultations / Visites de sages-femmes					
Sages-femmes	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Radiologie					
Imagerie médicale, radiologie, échographie...	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques hors radiologie					
- Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 %	100 %	100 %	150 %	170 %
- Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*				130 %	150 %
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » visée par l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.					
Honoraires paramédicaux					
Honoraires des auxiliaires médicaux					
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire					
Analyses - Actes de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale					
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments					
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	30 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 %	15 %	15 %	15 %	100 %
Honoraires de dispensation pour exécution d'ordonnance	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Néant	Néant	Néant	20 € / année civile	40 € / année civile

SOINS COURANTS

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Évolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
Autres soins					
Ostéopathie / Chiropraxie (Séances effectuées par un ostéopathe ou un chiropracteur autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région) Quand le mutualiste a recours à un ostéopathe partenaire KALIXIA Ostéo, il bénéficie de tarifs encadrés sur les consultations.	Néant	Néant	15 € / séance (2 séances maximum / année civile)	20 € / séance (4 séances maximum / année civile)	30 € / séance (4 séances maximum / année civile)
Prévention					
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins (DTPolio, coqueluche, hépatite B, BCG...) remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Contraception (Selon conditions définies à l'article 10 du règlement mutualiste MGEN Efficience Santé)	Néant	20 € / année civile	40 € / année civile	60 € / année civile	60 € / année civile
Forfait du voyageur (Selon conditions définies à l'article 10 du règlement mutualiste MGEN Efficience Santé)	Néant	Néant	20 € / année civile	30 € / année civile	50 € / année civile
Forfait prévention Equilibre (Selon conditions définies à l'article 10 du règlement mutualiste MGEN Efficience Santé)					
Psychothérapie	Néant	Néant	75 € / année civile	150 € / année civile	175 € / année civile
Diététique					
Cures thermales					
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	70 %	100 %	100 %	100 %	130 %
Frais de traitement en établissement thermal (ou forfait thermal)	65 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Frais d'hébergement (forfait par séjour), sur justificatif de frais d'hébergement	65 %	100 %	100 %	Remboursement SS + 52,50 €/séjour	Remboursement SS + 52,50 €/séjour
Transports					
Frais de transports (avec ou sans hospitalisation, y compris pour les cures thermales) remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical					
Appareillages et dispositifs médicaux					
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	100 %	100 %	100 %	100 %	150 %
Autres prothèses (Oculaires, mammaires externes, fauteuils roulants)			150 %	150 %	200 %
Prothèses capillaires					
Prothèse capillaire totale classe I (*)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics				
Prothèse capillaire totale classe II (*)	100 %	100 %	150 %	150 %	200 %
Prothèse capillaire partielle (*)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Accessoires capillaires (3 accessoires *)	100 %	100 %	150 %	150 %	200 %

*Tel que défini par la liste des produits et prestations prévue par l'article L165-I du code de la sécurité sociale

HOSPITALISATION

Selon conditions définies à l'article 9-3 du règlement mutualiste MGEN Efficience Santé

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Évolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
Honoraires médicaux et chirurgicaux					
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100 %	100 %	140 %	150 %	180 %
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100 %	100 %	120 %	130 %	160 %
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.					
Forfait journalier hospitalier					
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrique					
Hébergement et frais de séjour					
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière					
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN					
- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	Néant	40 € / jour	40 € / jour	40 € / jour	40 € / jour
- Chambre particulière en psychiatrie		45 € / jour	45 € / jour	45 € / jour	45 € / jour
- Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)		50 € / jour	50 € / jour	50 € / jour	50 € / jour
- Chambre particulière en maternité		50 € / jour	50 € / jour	50 € / jour	50 € / jour
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)		25 €	25 €	25 €	25 €
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN					
Chambre particulière (en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée)	Néant	Néant	25 € / jour	31 € / jour	45 € / jour
Frais d'accompagnant					
Frais d'accompagnant accordés pour l'accompagnement d'un mutualiste : - de moins de 16 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou de plus de 70 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou en situation de handicap					
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH).	Néant	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN.	Néant	Néant	15 € / nuitée	25 € / nuitée	35 € / nuitée
**Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir, la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.					

DENTAIRE

PRESTATIONS

Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Nature des frais

Formule
Efficience Santé
Essentielle

Formule
Efficience Santé
Découverte

Formule
Efficience Santé
Évolution

Formule
Efficience Santé
Extension

Formule
Efficience Santé
Optimale

Soins et prothèses entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement*

Couronne définitive (Sur dent visible ou non visible)

Inlay core (avec ou sans clavette)

Bridge dento-porté

Couronne transitoire dento-portée

Appareil amovible en résine

Réparations sur appareil amovible en résine

Remboursement total de la dépense engagée.
Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.

*Tel que défini réglementairement

Soins et prothèses hors panier 100% Santé

Soins

Soins conservateurs, consultation, chirurgie, radiologie
remboursés par la Sécurité sociale

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale

100 €

100 €

120 €

170 €

220 €

Prothèses

Prothèses fixes (couronnes dento-portées et bridges) remboursées par la Sécurité sociale

Couronne définitive sur dent visible
(Incursive, canine et prémolaire)
- couronne céramo-métallique
- couronne céramo-céramique

100 %

377 €

394 €

406 €

414 €

Couronne définitive sur dent non visible (Molaire)
- couronne céramo-métallique
- couronne céramo-céramique

100 %

215 €

232 €

244 €

252 €

159 €

245 €

304 €

344 €

Inlay core (avec ou sans clavette)

100 %

148 €

169 €

176 €

176 €

Bridge 3 éléments

100 %

1036 €

1078 €

1105 €

1112 €

Pilier de bridge supplémentaire :
- métal
- céramique

100 %

178 €

188 €

190 €

190 €

178 €

196 €

207 €

207 €

Intermédiaire de bridge supplémentaire

100 %

88 €

91 €

91 €

91 €

Couronne transitoire

100 %

48 €

54 €

56 €

56 €

Appareils amovibles définitifs en métal remboursés par la Sécurité sociale

- 1 à 3 dents

193,50 €

193,50 €

223 €

243 €

265 €

- 4 dents

204,25 €

204,25 €

246 €

266 €

288 €

- 5 dents

215,00 €

215,00 €

268 €

288 €

311 €

- 6 dents

225,75 €

225,75 €

291 €

311 €

333 €

- 7 dents

236,50 €

236,50 €

313 €

333 €

356 €

- 8 dents

247,25 €

247,25 €

336 €

356 €

378 €

- 9 dents

258,00 €

258,00 €

358 €

378 €

401 €

- 10 dents

268,75 €

268,75 €

381 €

401 €

423 €

- 11 dents

279,50 €

279,50 €

404 €

423 €

446 €

- 12 dents

290,25 €

290,25 €

426 €

446 €

468 €

- 13 dents

301,00 €

301,00 €

449 €

469 €

491 €

- 14 dents

311,75 €

311,75 €

471 €

491 €

513 €

Ajout dent contreplaquée

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

Réparations sur appareils amovibles remboursées par la Sécurité sociale

Réparation sur appareil amovible métal

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

DENTAIRE

PRESTATIONS

Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Nature des frais

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

Autres traitements non remboursés par la Sécurité sociale

Prothèse dentaire transitoire, prothèse dentaire définitive, prothèse amovible, réparation	Néant	200 € / année civile	400 € / année civile	500 € / année civile	600 € / année civile
--	-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Orthodontie

Traitements remboursés par la Sécurité sociale

Examens préalables au traitement	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Traitement actif (par semestre)	100 %	387 €	410 €	441 €	441 €
Traitement de contention (1 ^{re} année)	100 %	240 €	259 €	265 €	265 €
Traitement de contention (2 ^e année)	100 %	107,50 €	156 €	220 €	220 €

Traitements non remboursés par la Sécurité sociale

Examens préalables au traitement	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
Traitement actif (par semestre) après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN : <ul style="list-style-type: none"> • Finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7^e semestre uniquement • Traitement commencé à partir de 16 ans : 4 semestres maximum 	Néant	218 €	242 €	272 €	272 €
Traitement de contention (1 ^{ère} année)	Néant	145 €	164 €	190 €	190 €
Traitement de contention (2 ^{ème} année)	Néant	32,25 €	81 €	145 €	145 €
Traitement d'occlusion	Néant	Néant	115 €	140 €	160 €

Implantologie

Prothèse remboursée par la Sécurité sociale

Couronne sur implant	107,50 €	107,50 €	197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes	197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes	265,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes
----------------------	----------	----------	---	---	---

Implant non remboursé par la Sécurité sociale

Implant (Grefe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	Néant	Néant	250 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	518 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	600 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)
---	-------	-------	--	--	--

OPTIQUE

La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un opticien

PRESTATIONS

Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Nature des frais

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

Lunettes remboursées par la Sécurité sociale

Équipements (monture et verres) de classe A entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement**

Verre unifocal (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics
		≥ 16 ans	
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Verre multifocal ou progressif (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Monture (classe A)		< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés			

Équipements (monture et verres) de classe B, hors panier 100% Santé**

			Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	100 %	22,50 €	30 €	37,50 €	50 €	45 €	60 €	60 €	60 €	75 €
		≥ 16 ans	100 %	22,50 €	30 €	45 €	60 €	52,50 €	70 €	70 €	70 €	85 €
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans	100 %	85 €	100 €	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	120 €	145 €
		≥ 16 ans	100 %	85 €	100 €	95 €	115 €	110 €	130 €	125 €	125 €	150 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	100 %	90 €	105 €	100 €	120 €	110 €	130 €	125 €	125 €	150 €
		≥ 16 ans	100 %	90 €	105 €	100 €	120 €	115 €	140 €	135 €	135 €	160 €
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	100 %	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	145 €	135 €	135 €	160 €
		≥ 16 ans	100 %	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	160 €	145 €	145 €	175 €
Monture (classe B)		< 16 ans	100 %		30 €		35 €		45 €		60 €	
		≥ 16 ans	100 %		30 €		50 €		70 €		90 €	

Lentilles de contact correctrices

Remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile). Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait	100 %	100 %	Remboursement SS + forfait 92 €	Remboursement SS + forfait 110 €	Remboursement SS + forfait 140 €
Non remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)	Néant	Néant	54 €	65 €	100 €

Autres prestations optiques

Prestations d'adaptation, suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil et par année civile)	Néant	Néant	100 €	200 €	250 €

* Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire Kalixia optique ou Kalixia Contacto, il bénéficie de tarifs encadrés (sur les équipements agréés en vigueur) et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des montures, des verres, des suppléments divers et des lentilles de contact correctrices dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement. Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.

**Tel que défini réglementairement

Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Pour les mutualistes de 6 ans à moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique.

Pour les mutualistes de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes. Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

AIDES AUDITIVES

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Évolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale

Aides auditives entrant dans le panier 100% Santé, remboursées totalement*

Remboursement total de la dépense engagée
pour des aides auditives et des tarifs définis par les pouvoirs publics

Aides auditives hors du panier 100% santé*

Mutualiste de 20 ans et moins ou Mutualiste atteint de cécité	1400 €	1480 €	1570 €	1670 €	1700 €
Mutualiste de plus de 20 ans	400 €	670 €	870 €	920 €	1020 €

*Tel que défini réglementairement

Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire Kalixia Audio, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives. Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste.

Forfait annuel accessoires par oreille

Piles/accumulateurs remboursés ou non par la Sécurité sociale, écouteurs, microphones et embouts par oreille et par année civile. Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait.	100 % (si remboursé par la Sécurité sociale)	Remboursement SS + 50 €			
--	---	-------------------------	--	--	--

ALLOCATION NOUVEL ENFANT

Nature des frais	Formule Efficience Santé Essentielle	Formule Efficience Santé Découverte	Formule Efficience Santé Évolution	Formule Efficience Santé Extension	Formule Efficience Santé Optimale
Allocation nouvel enfant	Néant	Néant	160 € / enfant mutualiste	200 € / enfant mutualiste	200 € / enfant mutualiste

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE ASSISTANCE À DOMICILE MGEN MAIF

MGEN (ci-après dénommée « le souscripteur ») a souscrit un contrat d'assurance assistance à domicile en cas d'accident corporel, de maladie non chronique ou de décès auprès de **MAIF** (ci-après dénommée « l'assureur ») société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 90000 - 79038 Niort cedex 9, entreprise régie par le Code des assurances.

Le contrat est régi par le Code des assurances.

➤ Dispositions générales

1 - Objet du contrat

Le contrat a pour objet de faire bénéficier l'ensemble des membres participants et leurs bénéficiaires des garanties d'assistance à domicile souscrites par MGEN auprès de MAIF.

2 - Bénéficiaires des garanties

Pour l'ensemble des garanties du présent contrat, les bénéficiaires sont ceux ayant adhéré au règlement mutualiste Efficience Santé.

3 - Prise d'effet et durée des garanties

La garantie prend effet au jour de l'adhésion auprès du souscripteur et cesse le 31 décembre suivant.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque 1^{er} janvier.

La garantie cesse de produire ses effets :

- à la date à laquelle l'assuré perd la qualité de membre participant ou de bénéficiaire du souscripteur,

- à la date d'effet de résiliation du contrat par le souscripteur ou l'assureur,
- en cas de non-paiement de la cotisation par le souscripteur.

4 - Montant de la cotisation

La garantie est accordée moyennant le paiement d'une cotisation annuelle par membre participant et bénéficiaire de MGEN, tels que définis à l'article 2 de la présente notice.

Aucune cotisation n'est due pour la couverture des bénéficiaires enfants à partir du 3^e enfant couvert.

Pour les membres participants et bénéficiaires ouvrant droit aux prestations MGEN en cours d'année, la cotisation est calculée en fonction d'une cotisation au prorata du nombre de mois restant à courir sur l'année d'adhésion ou d'extension de la couverture familiale.

5 - Paiement des cotisations

Le souscripteur est chargé auprès des assurés de la collecte des cotisations. À l'égard de l'assureur, seul le souscripteur est tenu au paiement de la cotisation.

➤ Contenu des garanties

6 - Les personnes et prestations garanties

Pour la mise en oeuvre des prestations, MAIF garantit le membre participant ou bénéficiaire en cas d'accident corporel, de maladie non chronique ou de décès consécutif à un accident ou une maladie.

Par maladie chronique, on entend une maladie diagnostiquée depuis plus de 3 mois, et dont le délai de guérison médicalement prévisible est supérieur à 3 mois.

6.1 - Accident corporel ou maladie non chronique d'un membre participant ou bénéficiaire

S'il en résulte une immobilisation à domicile supérieure à 5 jours (ou 2 jours s'il s'agit d'un bénéficiaire enfant) ou une hospitalisation supérieure à 24 heures (ou 8 jours s'il s'agit d'une maternité), les prestations sont les suivantes :

- garde des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans. Cette garde est assurée par des personnels spécialisés, à concurrence de 30 heures réparties sur un mois ou, dans la même limite financière, grâce au déplacement d'un proche au domicile, ou encore grâce au transport des bénéficiaires enfants chez ce proche,
- transport des bénéficiaires à l'école (1 aller/ retour par jour pendant 5 jours),
- déplacement d'un proche au chevet du membre participant ou du bénéficiaire, ainsi qu'hébergement de ce proche, à concurrence d'un total de 300 euros,
- réalisation des tâches ménagères (ménage, préparation des repas, entretien du linge) à concurrence de 20 heures réparties sur 20 jours,
- garde des animaux familiers (chiens, chats) en pension animale, ou entretien de ces animaux au domicile, à concurrence d'un mois,
- remboursement des frais de soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours : cette prestation peut être servie, si l'enfant bénéficiaire, en classe de primaire ou de secondaire est immobilisé plus de deux semaines, jusqu'à la reprise de la classe pendant l'année scolaire en cours et à l'exclusion des périodes non scolaires (vacances, jours fériés, journées libérées, mercredis libres...), sous la forme de cours particuliers donnés à domicile, à concurrence de 3 heures et de 75 euros par jour ouvrable,
- conseil social : mise à disposition d'un spécialiste exerçant dans le domaine social chargé de donner, lors d'un entretien téléphonique, des informations sur les possibilités d'aides permettant de financer ou de contribuer à financer des services à la personne, sur les mesures de protection des personnes ainsi que sur les différents types d'établissements d'hébergement ou d'accueil temporaire. Il conseillera aussi sur les démarches à effectuer auprès des organismes compétents en fonction de la situation personnelle.

Dans le cas d'une hospitalisation supérieure à 4 jours (ou 8 jours s'il s'agit d'une maternité) s'ajoute la prestation suivante :

- location d'un téléviseur dans la chambre d'hôpital, à concurrence d'un mois.

6.2 - Décès d'un membre participant ou bénéficiaire par suite d'accident ou maladie

Les prestations sont les suivantes, dans les conditions prévues à l'article 6.1 :

- garde des bénéficiaires enfants de moins de 15 ans,
- réalisation des tâches ménagères à concurrence de 20 heures réparties sur 20 jours,
- garde des animaux familiers (chiens, chats) en pension animale, ou entretien de ces animaux à domicile, à concurrence d'un mois,
- aide aux démarches,
- de plus, une avance de fonds d'un montant maximum de 1 500 euros et remboursable dans un délai d'un mois, peut être consentie pour aider à faire face aux dépenses immédiates,
- conseil social : mise à disposition d'un spécialiste exerçant dans le domaine social chargé de donner, lors d'un entretien téléphonique, des informations sur les possibilités d'aides permettant de financer ou de contribuer à financer des services à la personne, sur les mesures de protection des personnes ainsi

que sur les différents types d'établissements d'hébergement ou d'accueil temporaire. Il conseillera aussi sur les démarches à effectuer auprès des organismes compétents en fonction de la situation personnelle.

➤ Dispositions communes aux garanties

7 - Territorialité

Pour les membres participants ou bénéficiaires domiciliés en France métropolitaine, les garanties sont mises en oeuvre dans les limites du territoire métropolitain.

Pour les membres participants ou bénéficiaires domiciliés dans un Département et région d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Mayotte ou Réunion), les garanties sont mises en oeuvre dans les limites de chaque département.

8 - Exclusions

Sont exclus de l'ensemble des garanties :

8.1 - Les sinistres de toute nature :

8.1.1 - provenant de la guerre civile ou étrangère,

8.1.1.1 - aux termes de l'article L 121-8 du Code des assurances, le membre participant ou bénéficiaire des garanties doit prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère ; il appartient à MAIF de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile ;

8.1.1.2 - demeurent toutefois garantis les sinistres résultant d'acte de terrorisme, d'attentats, d'émeutes ou de mouvements populaires commis sur le territoire national ;

8.1.2 - résultant de la dessiccation et/ou de la réhydratation des sols, tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz-de-marée et autres cataclysmes, exception faite des événements entrant dans le champ d'application de la loi n° 82-600 du 13.07.82 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles ;

8.1.3 - causés ou aggravés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de la structure du noyau ou déchet radioactif, ou par toute autre source de rayonnement ionisant.

8.2 - Les dommages résultant :

- de la faute intentionnelle ou dolosive du membre participant ou bénéficiaire des garanties,
- de sa participation active à un acte illicite constituant un crime ou un délit.

➤ Déclaration et règlement des sinistres

9 - Déclaration de sinistre

Sous peine de déchéance, et sauf cas fortuit ou de force majeure, le membre participant ou le bénéficiaire est tenu de déclarer, par tous moyens à MGEN, tout événement susceptible de mettre en jeu l'une des garanties d'assistance, dans les cinq jours de sa survenance.

En cas de non-respect de ce délai, MAIF ne peut opposer à l'assuré la déchéance pour déclaration tardive qu'à la condition de démontrer le préjudice qui résulte pour elle de ce retard. En cas de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant ou du bénéficiaire sur la date, les circonstances ou les conséquences d'un événement garanti, celui-ci sera déchu de tout droit à l'indemnité.

Le membre participant ou le bénéficiaire doit

également :

- fournir tous les éléments permettant la mise en cause de la responsabilité d'un tiers,
- transmettre sans délai toute communication relative à un événement garanti,

- se conformer aux instructions nécessaires à la conservation des intérêts de MAIF.

En cas de manquement du membre participant ou du bénéficiaire à ces obligations, MAIF est fondée à réclamer (ou à retenir sur les sommes dues) l'indemnité correspondant au préjudice ainsi causé.

10 - Déclaration de risques Sanctions

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle est sanctionnée par la nullité de l'adhésion ou contrat d'assurance collective d'assistance à domicile, conformément aux dispositions de l'article L 113-8 du Code des assurances. Les cotisations payées demeureront acquises à l'assureur qui aura droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

11 - Demande d'intervention au titre de la garantie

La demande de prestation adressée par le membre participant ou le bénéficiaire à MGEN par téléphone ou tout autre moyen est transférée après vérification des garanties à MAIF.

En dehors des heures d'ouverture du plateau

téléphonique MGEN, un serveur vocal dirige les demandes d'assistance vers MAIF qui procède à la vérification de l'appartenance du sinistré au groupe assuré.

Le plateau téléphonique d'assistance MAIF est disponible 24 heures sur 24.

Après évaluation des besoins, telle que définie ci-après, MAIF fait intervenir rapidement auprès de l'assuré le réseau de prestataires déterminés et procède directement au règlement auprès de ces intervenants.

Les dépenses directement engagées par l'assuré, après accord préalable du plateau d'assistance, lui seront réglées sur présentation des justificatifs originaux.

12 - Évaluation des dommages

La mise en oeuvre des prestations est appréciée sur évaluation des besoins réalisée par le plateau d'assistance avec le membre participant ou le bénéficiaire lors de leur appel en fonction de l'aide rendue nécessaire par l'événement garanti.

Les dépenses engagées sans accord préalable du plateau d'assistance ne sont pas remboursées a posteriori.

Les prestations n'ont pas vocation à se substituer aux solidarités naturelles de famille ou de voisinage, ou aux prestations dues par les organismes sociaux ou les employeurs ou aux garanties souscrites auprès d'assureurs.

13 - Subrogation / Recours de MAIF

Conformément aux dispositions légales en vigueur, la mutuelle qui a versé les indemnités est subrogée jusqu'à concurrence des sommes versées dans les droits et actions du membre participant ou du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu au paiement.

➤ Cadre juridique

14 - Prescription

Toutes les actions dérivant du contrat objet de la présente notice sont prescrites, c'est-à-dire ne peuvent plus être exercées, au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance (articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances).

15 - Autorité chargée du contrôle des assurances et des mutuelles

L'ACPR, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9 est chargée du contrôle de MAIF.

16 - Informatique et libertés

Dans le cadre de ses activités, MAIF réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droit éventuels, en qualité de responsable de traitement. Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire pour bénéficier des prestations d'assistance prévues par contrat d'assurance collective assistance à domicile dans le cadre de l'exécution du contrat souscrit auprès de MAIF ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires. Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Les données sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités. Conformément aux dispositions du règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès. Vous pouvez vous exercer droits en contactant le délégué à la protection des données du groupe MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou par mail à « vosdonnees@maif.fr ». Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de « www.cnil.fr/fr/plaintes ».

Pour en savoir plus, rendez-vous sur maif.fr rubrique Données personnelles. Un justificatif d'identité comportant votre signature pourra être demandé le cas échéant. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Vous pouvez, à tout moment, vous inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://inscription.bloctel.fr>.

Chapitre 2

Cotisations

Article 19 - Cotisations des membres participants et des bénéficiaires

Le membre participant, relevant de l'article 1 du présent règlement mutualiste, 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.

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 au sein de la gamme Efficience Santé bénéficient d'une cotisation réduite. Cette réduction de cotisation s'applique à compter du 1^{er} janvier de la quatrième ou sixième année d'adhésion.

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 4,25 euros, intégré à la cotisation appelée, est dû au titre du contrat collectif souscrit auprès de MAIF (article 11 du présent règlement).

Article 20 - Modalités de règlement

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

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	258 €	294 €	321 €	399 €	429 €
19 ans	267 €	300 €	339 €	414 €	462 €
20 ans	267 €	312 €	342 €	435 €	477 €
21 ans	273 €	315 €	351 €	444 €	489 €
22 ans	276 €	315 €	354 €	456 €	507 €
23 ans	282 €	321 €	363 €	468 €	525 €
24 ans	288 €	327 €	369 €	480 €	540 €
25 ans	294 €	336 €	381 €	498 €	561 €
26 ans	300 €	342 €	393 €	501 €	564 €
27 ans	312 €	348 €	408 €	510 €	573 €
28 ans	318 €	357 €	417 €	528 €	591 €
29 ans	327 €	366 €	426 €	537 €	603 €
30 ans	336 €	372 €	438 €	555 €	624 €
31 ans	345 €	384 €	450 €	570 €	639 €
32 ans	354 €	402 €	459 €	579 €	648 €
33 ans	363 €	414 €	474 €	594 €	669 €
34 ans	372 €	426 €	483 €	606 €	681 €
35 ans	384 €	441 €	498 €	624 €	705 €
36 ans	399 €	459 €	510 €	636 €	726 €
37 ans	408 €	474 €	525 €	654 €	741 €
38 ans	420 €	492 €	537 €	672 €	756 €
39 ans	432 €	507 €	552 €	687 €	777 €
40 ans	441 €	528 €	567 €	726 €	816 €

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
41 ans	453 €	543 €	585 €	756 €	852 €
42 ans	465 €	561 €	606 €	774 €	873 €
43 ans	477 €	573 €	630 €	792 €	894 €
44 ans	489 €	585 €	657 €	810 €	927 €
45 ans	504 €	606 €	681 €	840 €	960 €
46 ans	519 €	624 €	696 €	858 €	981 €
47 ans	534 €	633 €	720 €	879 €	1 005 €
48 ans	546 €	636 €	729 €	891 €	1 023 €
49 ans	561 €	657 €	747 €	906 €	1 047 €
50 ans	576 €	681 €	759 €	942 €	1 074 €
51 ans	594 €	711 €	783 €	975 €	1 110 €
52 ans	609 €	729 €	798 €	990 €	1 134 €
53 ans	624 €	744 €	816 €	1 014 €	1 161 €
54 ans	642 €	759 €	834 €	1 038 €	1 197 €
55 ans	666 €	780 €	852 €	1 056 €	1 218 €
56 ans	684 €	795 €	873 €	1 083 €	1 251 €
57 ans	699 €	819 €	888 €	1 101 €	1 266 €
58 ans	723 €	837 €	906 €	1 125 €	1 299 €
59 ans	741 €	840 €	933 €	1 146 €	1 320 €
60 ans	759 €	855 €	948 €	1 164 €	1 341 €
61 ans	780 €	879 €	966 €	1 191 €	1 374 €
62 ans	801 €	897 €	990 €	1 218 €	1 407 €
63 ans	822 €	921 €	1 014 €	1 236 €	1 428 €
64 ans	846 €	936 €	1 038 €	1 266 €	1 473 €
65 ans	870 €	963 €	1 056 €	1 287 €	1 497 €
66 ans	891 €	978 €	1 083 €	1 335 €	1 548 €
67 ans	921 €	1 020 €	1 110 €	1 356 €	1 569 €
68 ans	948 €	1 041 €	1 131 €	1 362 €	1 572 €
69 ans	975 €	1 071 €	1 155 €	1 395 €	1 605 €
70 ans	1 002 €	1 116 €	1 197 €	1 446 €	1 659 €
71 ans	1 026 €	1 140 €	1 233 €	1 488 €	1 701 €
72 ans	1 056 €	1 176 €	1 263 €	1 503 €	1 722 €
73 ans	1 083 €	1 212 €	1 305 €	1 557 €	1 776 €
74 ans	1 110 €	1 257 €	1 350 €	1 602 €	1 839 €
75 ans	1 143 €	1 293 €	1 383 €	1 635 €	1 872 €
76 ans	1 176 €	1 332 €	1 404 €	1 662 €	1 884 €
77 ans	1 209 €	1 371 €	1 422 €	1 665 €	1 902 €
78 ans	1 242 €	1 410 €	1 470 €	1 713 €	1 941 €
79 ans	1 275 €	1 461 €	1 512 €	1 749 €	1 986 €
80 ans et plus	1 308 €	1 521 €	1 566 €	1 785 €	2 025 €



GR O U P E **vyv**

3 square Max Hymans
75748 Paris Cedex 15

mgen.fr