

NOTICE D'INFORMATION ET STATUTS
OFFRE EFFICIENCE SANTÉ
2020

Votre Centre de Gestion :

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

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

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

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

Il vous indique notamment :

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

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

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

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, Place de Budapest CS 92459 75 436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN.

Table des matières

NOTICE D'INFORMATION

Titre I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Titre II - COTISATIONS

Titre III - GARANTIES

Chapitre I - GARANTIE SANTÉ

Chapitre II - GARANTIE ASSISTANCE

STATUTS MGEN APPLICABLES AU 1ER JANVIER 2020

TITRE I FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre I Formation et objet de la mutuelle

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

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

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

TITRE 2 ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I Assemblée générale

Chapitre II Conseil d'administration

Chapitre III Président et bureau

Chapitre IV Direction effective

Chapitre V Organisation des sections

Chapitre VI Organisation financière

Chapitre VII Fonctionnaires détachés à MGEN

TITRE 3 OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE (UMG) « GROUPE VYV »

TITRE 4 OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Chapitre I - Formation et objet de la mutuelle

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

NOTICE D'INFORMATION

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Bénéficiaires des prestations

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

Peuvent être admis, selon votre choix :

- Votre conjoint (non divorcé suite à un jugement devenu définitif et non séparé de corps), Est assimilé au conjoint, d'une part, le concubin (non marié et pouvant justifier vivre sous le même toit que le Membre Participant), d'autre part, le Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), qu'ils soient à charge ou non au sens de la Sécurité sociale et qu'ils exercent ou non une activité professionnelle.

Le conjoint bénéficie ainsi des prestations de la Mutuelle, dans les mêmes conditions que pour le Membre Participant. Il recevra comme le Membre Participant une carte d'adhérent.

- Vos enfants à charge en qualité de Bénéficiaire
Par enfant à charge, il faut entendre tout enfant ayant droit Sécurité sociale, jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 18 ans.

Un maintien des garanties est proposé à titre individuel aux Bénéficiaires Enfants lorsque ceux-ci ne répondent plus aux conditions leur conférant cette qualité, conformément à l'article 2.4.

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

2.1. Prise d'effet de l'adhésion

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

2.2. Prise d'effet des garanties

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

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

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

2.3. Cessation des garanties :

Le droit à garantie cesse

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

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

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

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

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

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

2.4 Maintien des garanties.

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

Article 3 - Conditions d'affiliation et formalités

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

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

Aucune formalité médicale n'est exigée.

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

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

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

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

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

Article 5 – Fait générateur

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

Article 6 - Réticence ou fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener la Mutuelle à invoquer la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 221-14 du Code de la Mutualité. Les cotisations payées demeureront alors acquises à la Mutuelle qui aura droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

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

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

Article 7 - Prescription

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

Article 8 – Subrogation de la Mutuelle

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée de plein droit aux Membre Participant et Bénéficiaire victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique du Membre Participant et/ou Bénéficiaire.

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

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

Article 10 – Réclamations – Médiation de MGEN

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

- Par email : via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel
- Par téléphone au 31 16 (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 :

Monsieur le Médiateur du Groupe MGEN
3, square Max-Hymans

75748 Paris Cedex 15

- par mail à l'adresse suivante : mediation@mgen.fr
- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation <http://www.mediation-mgen.fr>

Article 11 - Protection des données à caractère personnel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITRE II - COTISATIONS

Article 12 – Montant des cotisations

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

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

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

Tableau des cotisations – grille d’entrée 2020

Age du cotisant atteint dans l’année civile de son adhésion ou de l’extension de la couverture familiale	Cotisation ou complément de cotisation annuel (Régime général de Sécurité Sociale)				
	Efficienc Santé Essentielle	Efficienc Santé Découverte	Efficienc Santé Evolution	Efficienc Santé Extension	Efficienc Santé Optimale
Jusqu’à 18 ans	252 €	288 €	312 €	390 €	420 €
19 ans	261 €	294 €	330 €	405 €	453 €
20 ans	261 €	303 €	333 €	426 €	468 €
21 ans	267 €	306 €	342 €	435 €	480 €
22 ans	270 €	306 €	345 €	447 €	498 €
23 ans	276 €	312 €	354 €	459 €	513 €
24 ans	282 €	318 €	360 €	471 €	528 €
25 ans	288 €	327 €	372 €	489 €	549 €
26 ans	294 €	333 €	384 €	492 €	552 €
27 ans	303 €	339 €	399 €	501 €	561 €
28 ans	309 €	348 €	408 €	516 €	579 €
29 ans	318 €	357 €	417 €	525 €	591 €
30 ans	327 €	363 €	429 €	543 €	612 €
31 ans	336 €	375 €	441 €	558 €	627 €
32 ans	345 €	393 €	450 €	567 €	636 €
33 ans	354 €	405 €	465 €	582 €	657 €
34 ans	363 €	417 €	474 €	594 €	669 €
35 ans	375 €	432 €	489 €	612 €	693 €
36 ans	390 €	450 €	501 €	624 €	711 €
37 ans	399 €	465 €	513 €	642 €	726 €
38 ans	411 €	483 €	525 €	660 €	741 €
39 ans	423 €	498 €	540 €	675 €	762 €
40 ans	432 €	516 €	555 €	711 €	801 €
41 ans	444 €	531 €	573 €	741 €	834 €
42 ans	456 €	549 €	594 €	759 €	855 €
43 ans	468 €	561 €	618 €	777 €	876 €
44 ans	480 €	573 €	645 €	795 €	906 €
45 ans	495 €	594 €	669 €	822 €	939 €
46 ans	507 €	612 €	684 €	840 €	960 €
47 ans	522 €	621 €	705 €	861 €	984 €
48 ans	534 €	624 €	714 €	873 €	1002 €
49 ans	549 €	645 €	732 €	888 €	1026 €
50 ans	564 €	669 €	744 €	921 €	1053 €
51 ans	582 €	699 €	768 €	954 €	1089 €
52 ans	597 €	714 €	783 €	969 €	1110 €
53 ans	612 €	729 €	801 €	993 €	1137 €
54 ans	630 €	744 €	816 €	1017 €	1173 €
55 ans	654 €	765 €	834 €	1035 €	1194 €
56 ans	672 €	780 €	855 €	1062 €	1227 €

Age du cotisant atteint dans l'année civile de son adhésion ou de l'extension de la couverture familiale	Cotisation ou complément de cotisation annuel (Régime général de Sécurité Sociale)				
	Efficienc Santé Essentielle	Efficienc Santé Découverte	Efficienc Santé Evolution	Efficienc Santé Extension	Efficienc Santé Optimale
57 ans	687 €	804 €	870 €	1080 €	1242 €
58 ans	708 €	819 €	888 €	1101 €	1275 €
59 ans	726 €	822 €	912 €	1122 €	1296 €
60 ans	744 €	837 €	927 €	1140 €	1314 €
61 ans	765 €	861 €	945 €	1167 €	1347 €
62 ans	786 €	879 €	969 €	1194 €	1380 €
63 ans	807 €	900 €	993 €	1212 €	1401 €
64 ans	828 €	915 €	1017 €	1242 €	1443 €
65 ans	852 €	942 €	1035 €	1263 €	1467 €
66 ans	873 €	957 €	1062 €	1308 €	1515 €
67 ans	900 €	999 €	1089 €	1329 €	1536 €
68 ans	927 €	1020 €	1107 €	1335 €	1539 €
69 ans	954 €	1050 €	1131 €	1368 €	1572 €
70 ans	981 €	1095 €	1173 €	1416 €	1626 €
71 ans	1005 €	1116 €	1209 €	1458 €	1668 €
72 ans	1035 €	1152 €	1239 €	1473 €	1689 €
73 ans	1062 €	1188 €	1281 €	1524 €	1740 €
74 ans	1089 €	1233 €	1323 €	1569 €	1803 €
75 ans	1119 €	1269 €	1356 €	1602 €	1836 €
76 ans	1152 €	1305 €	1377 €	1629 €	1848 €
77 ans	1185 €	1344 €	1395 €	1632 €	1866 €
78 ans	1218 €	1383 €	1440 €	1680 €	1902 €
79 ans	1251 €	1431 €	1482 €	1713 €	1947 €
80 ans et plus	1284 €	1491 €	1533 €	1749 €	1986 €

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

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

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

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

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

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

TITRE III - GARANTIES

Chapitre I - GARANTIE SANTÉ

Article 13 - Objet et Montant

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

Article 14 - Définition des prestations

14.1 Santé

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

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

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

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

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

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

14.2 Allocation nouvel enfant

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

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

- Naissance : la prestation est versée pour l'enfant mutualiste âgé de moins d'un an au moment de la demande de l'extension de la couverture familiale pour faire acquérir à l'enfant la qualité de bénéficiaire (sous réserve de la production d'un extrait d'acte de naissance daté de moins d'un an),

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

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

- Naissance : un extrait d'acte de naissance, attestant du lien de filiation au 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.

14.3 Hospitalisation

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

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

1 - Frais de séjour

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

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

2 - Risques garantis

Sous réserve d'une participation de la Sécurité sociale :

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

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

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

3. Participation aux frais d'accompagnant

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

14.4 Prestations de prévention

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

Forfait Prévention Equilibre,

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

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

- *La consultation diététique,*
La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte.

Forfait contraception,

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

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

Forfait du voyageur,

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

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

La prestation est versée sur présentation :

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

Article 15 - Tableau des prestations

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

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

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

Dans ce cas, la nouvelle formule prend effet le 1er jour du 4e mois qui suit la demande. Le changement de formule est sans effet sur les limites de prestations en cours (implantologie, optique et frais d'hospitalisation).

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

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

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

Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30%	30%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15%	15%	15%	15%	15%	100%
Honoraires de dispensation pour exécution d'ordonnance remboursés par la Sécurité sociale à 70%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Néant	Néant	Néant	20 € / année civile	40 € / année civile
Autres soins					
Ostéopathie / Chiropraxie (Séances effectuées par un ostéopathe ou un chiropracteur autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région) 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 14-4 de la présente notice d'information)	Néant	20 € / année civile	40 € / année civile	60 € / année civile	60 € / année civile
Forfait du voyageur (Selon conditions définies à l'article 14-4 de la présente notice d'information)	Néant	Néant	20 € / année civile	30 € / année civile	50 € / année civile
Forfait prévention Equilibre (Selon conditions définies à l'article 14-4 de la présente notice d'information)					
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			150%	150%	200%

(Oculaires, capillaires, mammaires externes, fauteuils roulants)					
HOSPITALISATION (Selon conditions définies à l'article 14-3 de la présente notice d'information)					
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).				
	Efficienc Santé Essentielle	Efficienc Santé Découverte	Efficienc Santé Evolution	Efficienc Santé Extension	Efficienc Santé Optimale
Honoraires médicaux et chirurgicaux					
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM-OPTAM-CO)*	100%	100%	140%	150%	180%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM-OPTAM-CO)*	100%	100%	120%	130%	160%
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.					
Forfait journalier hospitalier					
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrique					
Hébergement et frais de séjour					
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière***					
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN					
- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	Néant	35 € / nuitée	35 € / nuitée	35 € / nuitée	35 € / nuitée
- Chambre particulière en psychiatrie		40 € / nuitée	40 € / nuitée	40 € / nuitée	40 € / nuitée
- Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)		45 € / nuitée	45 € / nuitée	45 € / nuitée	45 € / nuitée
- Chambre particulière en maternité		50 € / nuitée	50 € / nuitée	50 € / nuitée	50 € / nuitée
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)		15 €	15 €	15 €	15 €
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 € / nuitée	31 € / nuitée	45 € / nuitée
Frais d'accompagnant					
Frais d'accompagnant accordés pour l'accompagnement d'un mutualiste :					
- de moins de 16 ans (à la date d'entrée dans l'établissement)					
- ou de plus de 70 ans (à la date d'entrée dans l'établissement)					

- ou en situation de handicap					
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH).	Néant	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN.	Néant	Néant	15 € / nuitée	25 € / nuitée	35 € / nuitée
**Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.					
L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir, la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.					
DENTAIRE					
Nature des frais	Prestations Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	Efficience Santé Essentielle	Efficience Santé Découverte	Efficience Santé Evolution	Efficience Santé Extension	Efficience Santé Optimale
Soins et prothèses entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement*					
Couronne définitive (Sur dent visible ou non visible)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics				
Inlay core (avec ou sans clavette)					
Bridge dento-porté					
Couronne transitoire dento-portée					
*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 (Incisive, canine et prémolaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	100%	377 €	394 €	406 €	414 €
Couronne définitive sur dent non visible (Molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	100%	215 €	232 €	244 €	252 €
	100%	159 €	245 €	304 €	344 €
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 €
Prothèses amovibles définitives remboursées par la Sécurité sociale					
Résine :					
- 9 dents	129,00 €	148 €	178 €	198 €	220 €
- 10 dents	139,75 €	159 €	201 €	221 €	243 €
- 11 dents	150,50 €	170 €	223 €	243 €	265 €
- 12 dents	161,25 €	181 €	246 €	266 €	288 €
- 13 dents	172,00 €	191 €	268 €	288 €	310 €
- 14 dents	182,75 €	202 €	291 €	311 €	333 €
Métal :					
- 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 €
Prothèses amovibles transitoires remboursées par la Sécurité sociale					
Résine :					
- 1 à 3 dents	64,50 €	103 €	133 €	153 €	175 €
- 4 dents	75,25 €	113 €	156 €	176 €	198 €
- 5 dents	86,00 €	125 €	178 €	198 €	220 €
- 6 dents	96,75 €	136 €	201 €	221 €	243 €
- 7 dents	107,50 €	147 €	223 €	243 €	265 €
- 8 dents	118,25 €	157 €	246 €	266 €	288 €
- 9 dents	129,00 €	168 €	268 €	288 €	310 €
- 10 dents	139,75 €	179 €	291 €	311 €	333 €
- 11 dents	150,50 €	190 €	313 €	333 €	355 €
- 12 dents	161,25 €	200 €	336 €	356 €	378 €
- 13 dents	172,00 €	211 €	358 €	378 €	400 €
- 14 dents	182,75 €	222 €	381 €	401 €	423 €
Ajout dent contreplaquée	100%	100%	100%	100%	100%
Réparations sur appareils amovibles remboursées par la Sécurité sociale					
Réparation sur appareil amovible résine	100%	100%	100%	100%	100%
Réparation sur appareil amovible métal	100%	100%	100%	100%	100%
Changement de facette	100%	100%	100%	100%	100%
Autres traitements non remboursés par la Sécurité sociale					
Rebasage	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
Prothèse dentaire transitoire, prothèse dentaire définitive, prothèse amovible, réparation	Néant	200 € / année civile	400 € / année civile	500 € / année civile	600 € / année civile
Orthodontie					
Traitements remboursés par la Sécurité sociale					
Examens préalables au traitement	100%	100%	100%	100%	100%
Traitement actif (par semestre)	100%	387 €	410 €	441 €	441 €
Traitement de contention (1ère année)	100%	240 €	259 €	265 €	265 €
Traitement de contention (2ème année)	100%	107,50 €	156 €	220 €	220 €
Traitements non remboursés par la Sécurité sociale					
Examens préalables au traitement	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant

Traitement actif (par semestre) après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN : • Finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7ème semestre uniquement • Traitement commencé à partir de 16 ans : 4 semestres maximum	Néant	218 €	242 €	272 €	272 €
Traitement de contention (1ère année)	Néant	145 €	164 €	190 €	190 €
Traitement de contention (2ème année)	Néant	32,25 €	81 €	145 €	145 €
Traitement d'occlusion	Néant	Néant	115 €	140 €	160 €
Implantologie					
Prothèse remboursée par la Sécurité sociale					
Couronne sur implant	107,50 €	107,50 €	197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes	197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes	265,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes
Implant non remboursé par la Sécurité sociale					
Implant (Grefe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	Néant	Néant	250 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	518 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	600 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)

OPTIQUE (Sur prescription médicale)

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

Nature des frais		Prestations Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
		Efficiency Santé Essentielle	Efficiency Santé Découverte	Efficiency Santé Evolution	Efficiency Santé Extension Optimale

Lunettes

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

Verre unifocal (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans
	Forte correction (catégorie c)	≥ 16 ans
Verre multifocal ou progressif (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans
	Forte correction (catégorie f)	≥ 16 ans
Monture (classe A)		< 16 ans
		≥ 16 ans

Remboursement total de la dépense engagée

Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics

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

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

Lentilles de contact correctrices

Remboursées par la Sécurité sociale (par oeil et par année civile)

Prise en charge du ticket modérateur après épousement 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 et d'appairage, 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 €
<p>* Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire Kalixia Optique ou e-optistya Optique, il bénéficie de tarifs encadrés (sur les équipements agréés en vigueur) et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des montures, des verres, des suppléments divers et des lentilles de contact correctrices dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement. Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.</p> <p>**Tel que défini réglementairement</p> <p>Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Pour les mutualistes de 6 ans à moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Pour les mutualistes de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes. Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des plannings fixés par le décret du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.</p>					

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).				
	Efficienc Santé Essentielle	Efficienc Santé Découverte	Efficienc Santé Evolution	Efficienc Santé Extension	Efficienc Santé Optimale
Aides auditives					
Mutualiste de 20 ans et moins ou Mutualiste atteint de cécité	1400 €	1480 €	1570 €	1670 €	1700 €
Mutualiste de plus de 20 ans	350 €	640 €	840 €	890 €	990 €
Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire AUDISTYA, 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, écouteurs, microphones et embouts par oreille et par année civile Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait	100%	Remboursement SS + 50 €			

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

Article 16 - Limite des remboursements

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

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

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

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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

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

Article 17 - Etendue territoriale des garanties

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

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

Article 18 - Exclusions

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

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

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

- pour tous les dossiers : le décompte des remboursements effectués par la Sécurité sociale (original ou dématérialisé-télétransmission Noémie), ou éventuellement par un autre organisme, ainsi que :
- pour les prestations conventionnelles : les pièces demandées conformément aux règles applicables dans les dispositifs conventionnels et protocoles des professionnels de santé conventionnés avec MGEN après accord de prise en charge pour les frais relatifs aux prestations conventionnelles en optique, aide auditive et dentaire.
- pour les prestations non conventionnelles :
 - 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.

Chapitre II. - GARANTIE ASSISTANCE

Article 20 - Objet

La garantie a pour objet de servir des prestations d'assistance 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.

Article 21 - Bénéficiaires de la Garantie Assistance

La garantie vous est accordée dans le cas général ainsi qu'à vos Bénéficiaires.

Article 21 - Définition des Prestations

La mise en œuvre de ces prestations est appréciée avec le Membre Participant ou le Bénéficiaire lors de son appel à un plateau d'assistance. Les dépenses engagées sans accord préalable du plateau d'assistance ne pourront être remboursées après-coup,

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

1. Prestations en cas d'accident corporel ou maladie non chronique d'un Membre Participant ou d'un 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) :
 - garde des Bénéficiaires enfants 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,
 - Conduite à l'école des Bénéficiaires enfants, **2 fois par jour pendant 5 jours**,
 - Déplacement d'un proche au chevet du Membre Participant ou du Bénéficiaire, ainsi que son hébergement, **à concurrence d'un total de 300 €**,
 - 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 animalière, ou entretien de ces animaux au domicile, **à concurrence d'un mois**,

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

- Remboursement des frais de soutien pédagogique jusqu'à reprise des cours : cette prestation peut être servie, si le Bénéficiaire enfant, 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 de vacances, sous la forme de cours particuliers données à domicile, **à concurrence de 3 heures et de 75 € par jour ouvrable.**

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

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

2. Prestations en cas de Décès d'un Membre Participant ou Bénéficiaire par suite d'accident ou maladie :

Les prestations sont les suivantes, dans les conditions prévues ci-dessus :

- garde des bénéficiaires enfants de moins de 15 ans,
- réalisations des tâches ménagères **à concurrence de 20 heures réparties sur 20 jours,**
- garde des animaux familiers (chiens, chats) en pension animalière, ou entretien de ces animaux au domicile **à concurrence d'un mois,**
- aides aux démarches,
- de plus, une avance de fonds d'un **montant maximum de 1 500 €** 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 financier 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 les démarches à effectuer auprès des organismes compétents en fonction de la situation personnelle.

Article 22 - Etendue territoriale des garanties

Pour les Membres Participants ou Bénéficiaires domiciliés en France métropolitaine, les garanties sont mises en œuvre dans les limites du territoire métropolitain.

Pour les Membres Participants ou Bénéficiaires domiciliés dans un DOM, les garanties sont mises en œuvre dans les limites de chaque département.

3. Exclusions

Sont exclus de l'ensemble des garanties :

- **Les sinistres de toute nature**
- **Provenant de la guerre civile ou étrangère**
 - **Demeurent toutefois garantis les sinistres résultant d'acte de terrorisme, d'attentats, d'émeutes ou de mouvements populaires commis sur le territoire national.**
 - **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.**

- **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.**
- **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.**

STATUTS MGEN APPLICABLES AU 1er JANVIER 2020

TITRE I FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre 1 Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Il est établi par les membres adhérents aux présents statuts une mutuelle, dénommée Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), groupement de personnes de droit privé à but non lucratif.

MGEN est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399.

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

MGEN est agréée par l'arrêté du ministre chargé de la Mutualité en date du 13 décembre 2002, publié au Journal Officiel no 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 (15e 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 :

- 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 ;
- 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 ;
- de favoriser le développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et l'amélioration de leurs conditions de vie ;
- de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2) ;
- d'apporter la caution de la mutuelle à certaines catégories de prêts immobiliers contractés par les adhérents (branche 15) ;

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

- de mettre en œuvre une action sociale ;
- de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;
- 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) ;
- 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 ;
- de participer à la protection complémentaire en matière de santé instaurée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle dans les conditions prévues par ce texte ainsi que ses dispositions d'application ;
- de participer au dispositif d'aide à la complémentaire santé dans les conditions du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale.

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 39 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

1.1 - 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.

Ce champ de recrutement comprend :

les fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant l'une des activités précitées au sein de l'une des fonctions publiques, d'un établissement public ou d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel,

- l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant une activité professionnelle au sein d'une collectivité publique (ministère, collectivité territoriale ou établissement public) ou d'un de ses services dès lors que cette collectivité ou son service a compétence dans l'un des secteurs d'activités précités,
- l'ensemble des salariés exerçant au sein d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel, dédié à l'une des activités précitées.
- l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant une activité professionnelle au sein des établissements d'enseignement, des centres culturels français, des instituts français, de l'Alliance française, des établissements agréés avec l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger (AEFE), des établissements scolaires et de recherche situés à l'étranger
- les fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant une activité professionnelle au sein d'un établissement d'enseignement privé sous contrat d'association avec l'Etat.
- les étudiants ne relevant pas, en tant que membres participants, du champ de recrutement de MGEN tel que défini ni aux précédents paragraphes du présent article.
- les personnels de MGEN, des mutuelles et des organismes créés par elle ou une autre entité du groupe MGEN.

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

Ces personnels, dès lors qu'ils étaient couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire mis en place au sein de l'UES MGEN au moment de la liquidation de leur retraite ou de leur licenciement pour invalidité, peuvent adhérer à MGEN à condition d'en faire la demande dans les trois mois suivant l'évènement.

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

1.2. Peuvent également adhérer à MGEN :

1.2.1 - Les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- se situant hors du champ de recrutement défini à l'article 7-1-1 des présents statuts
- bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 1.2.1 du présent article, ainsi que leurs bénéficiaires, bénéficient à ce titre exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste Efficienne Santé.

1.2.2 - Les fonctionnaires et agents, titulaires et non-titulaires, et les retraités des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés, dans le cadre du décret n° 2011-1474 du

8 novembre 2011 et ses arrêtés d'application qui organisent le dispositif de labellisation des offres des organismes d'assurance auprès des employeurs de la fonction publique territoriale.

Les membres participants, tels que définis au 1.2.2 du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre des prestations définies au règlement mutualiste Complémenter Santé et/ ou au règlement mutualiste Complémenter Prévoyance.

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

1.2.3 - Les personnes ayant adhéré à l'offre Espace Bienvenue (règlement mutualiste Espace bienvenue) au plus tard le 31 décembre 2012.

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.

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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 le dossier complet et signé du candidat à l'adhésion a été réceptionné par la section de rattachement.

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 au 1er jour :

- du mois de la demande pour tout nouveau membre participant

ou bénéficiaire,

- du mois suivant la demande pour le membre participant ou bénéficiaire déjà couvert par une offre du groupe MGEN,
- ou, dans tous les cas, du mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de 7 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 vocation aux avantages assurés par la mutuelle.

Le membre participant de MGEN, adhérent de l'offre MGEN Santé Prévoyance et de l'offre MGEN International Santé Prévoyance, est membre participant de toutes les mutuelles qu'elle a créées en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité : MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia. Il n'a pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants sont regroupés en différentes catégories :

I - Les membres participants actifs

II - Les membres participants retraités

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

- Les fonctionnaires qui adhèrent à MGEN au moment de la cessation de leur activité et qui perçoivent une pension de l'administration;
- Les retraités du régime général ayant acquis la qualité d'adhérent pendant la période d'activité ;
- Les personnes, membres des personnels de MGEN, des mutuelles et des organismes créés par elle, lors de leur passage à la retraite ou de leur licenciement pour invalidité ayant acquis la qualité d'adhérent à l'une des mutuelles du groupe MGEN pendant la période d'activité.

III - Les membres participants maintenus, en situation de cessation temporaire d'activité pour congé parental, convenue personnelle ou disponibilité.

Cette catégorie de membres n'est pas éligible aux offres MGEN Santé Prévoyance et MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers.

IV - Les membres participants veufs

Le veuf ou la veuve d'un membre participant peut adhérer à MGEN en tant que membre participant s'il était bénéficiaire conjoint MGEN au décès du membre participant. Cette catégorie de membres n'est pas éligible aux offres MGEN Santé Prévoyance, MGEN International Santé Prévoyance et MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers.

V - Les membres participants orphelins

L'orphelin d'un membre participant peut adhérer à MGEN en tant que membre participant s'il était bénéficiaire enfant MGEN au décès du membre participant.

Entre l'âge de 18 ans et l'âge de 29 ans, le membre participant orphelin bénéficie de l'offre ÔJI.

La couverture du membre participant orphelin prend fin au 31 décembre de l'année de ses 29 ans. Seul l'orphelin dont le handicap a été reconnu par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) peut conserver cette qualité au-delà de 29 ans.

VI - Les membres participants jeunes

Les bénéficiaires enfants de 18 à 29 ans souhaitant souscrire en tant que membre participant et les étudiants.

Cette catégorie de membres n'est pas éligible aux offres MGEN International Santé Prévoyance, MGEN Duo et MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers.

VII - Les membres participants visés à l'article 7.1.2 des présents statuts.

VIII - Les membres participants associés tels que définis à l'article 11 des présents statuts.

Article 10 - Membres bénéficiaires

1 - Les bénéficiaires conjoints

Le membre participant, à l'exception du membre participant jeune et du membre participant adhérent de l'offre Efficience Santé, peut étendre la couverture familiale :

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

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

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

Ce dernier acquiert alors la qualité de bénéficiaire conjoint.

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

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

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

II - Les bénéficiaires enfants

Le membre participant, à l'exception du membre participant jeune, peut étendre la couverture familiale à son enfant de moins de 30 ans et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant.

Le membre participant adhérent de l'offre Efficience santé ne peut étendre sa couverture familiale qu'à son enfant de moins de 18 ans.

Seul le bénéficiaire enfant dont le handicap a été reconnu par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) peut conserver cette qualité de bénéficiaire enfant au-delà de 29 ans.

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 11 - Membres participants associés

Le membre participant adhérent de l'offre MGEN Santé Prévoyance, de l'offre MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers. ou de l'offre MGEN International Santé Prévoyance, qui ne remplit plus l'une ou l'autre des conditions ayant permis son adhésion, reste adhérent de son offre d'origine en qualité de membre participant associé.

Ce changement de catégorie intervient dans un délai de 3 mois suivant le changement de situation du membre participant. Durant ce délai, le membre participant bénéficie du maintien de ses garanties dans les conditions antérieures.

La mutuelle informera le membre participant associé de l'évolution de sa couverture.

Le membre bénéficiaire relevant de l'offre MGEN Santé Prévoyance, de l'offre MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers ou de l'offre MGEN International Santé Prévoyance et dont l'une des conditions lui permettant de relever de cette catégorie n'est plus remplie, peut adhérer, en qualité de membre participant associé, à l'offre au titre de laquelle il était couvert en qualité de bénéficiaire.

Cette demande d'adhésion doit intervenir dans un délai de 3 mois suivant la perte de la qualité de membre bénéficiaire. Durant ce délai, le membre bénéficiaire bénéficie du maintien de ses garanties dans les conditions antérieures.

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

Au-delà, en l'absence de demande d'adhésion il sera mis fin à la garantie.

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 12 - Démission

1 - Démission à effet du 1er janvier :

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

2 - Démission en cours d'année

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

La démission prend effet à partir du 1er jour du 4e 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 1er jour du mois suivant la réception de la demande de démission, dès lors que cette demande intervient dans les trois mois suivant la date d'adhésion au contrat groupe obligatoire.

3 - Décès du membre participant

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

Article 13 - Résiliation de la couverture familiale

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

La résiliation prend effet le 1er jour du 2e mois suivant la demande.

Article 14 - 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.

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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, sauf dans le cas d'une suspension de la garantie intervenue pour non-paiement d'une cotisation annuelle fractionnée pour lequel la résiliation intervient au terme de la période annuelle considérée.

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

Article 15 - 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 16 - 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 1er jour du mois suivant celui où l'adhérent en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

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

Article 17 - 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.

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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

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

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

Article 18 - Champ de recrutement

En application du décret précité :

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

Chaque employeur public peut définir :

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

1 - Définition de catégories supplémentaires de membres participants et de membres bénéficiaires dans le cadre du référencement des ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, de la Culture, de la Jeunesse et des Sports :

- veufs,
- orphelins,
- des agents et retraités appartenant au champ de référencement, à condition d'avoir été bénéficiaire de cet agent ou retraité au moment du décès de ce dernier.
- bénéficiaires enfants définis ainsi :
 - âgés de moins de 18 ans et bénéficiant du régime social de base du Membre Participant, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au Régime obligatoire d'assurance maladie des étudiants ou au régime général au titre de la Protection maladie universelle (Puma) ;
 - âgés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'alternance aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé – AAH – (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.

Les membres participants adhérents de l'offre référencée par les Ministères de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, de la Culture, de la Jeunesse et des Sports sont membres participants de MGEN et MGEN Vie. Ils bénéficient à ce titre et exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste collectif de l'offre référencée.

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

- veufs des agents ou retraités appartenant au champ de référencement.

Les membres participants de la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes sont membres participants de MGEN et de MGEN Vie. Ils bénéficient à ce titre et exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste MGEN de l'offre référencée MAEE - Indemnité pour Perte de Traitement et Invalidité Permanente et Absolue et au règlement mutualiste MGEN Vie de l'offre référencée MAEE-Garantie Décès et Rente de Survie.

Article 19 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :

- de la condition d'activité principale prévue à l'article 8 des présents statuts,
- des conditions d'adhésion prévues à l'article 9-II des présents statuts pour les retraités.

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

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

Article 20 - Règles spécifiques de démission et de résiliation

Il n'est pas fait application de l'article 12-2 des présents statuts pour les membres participants définis aux articles 18-1 et 18-2 des présents statuts.

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

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

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

Article 21 - Champ de recrutement

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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

En application du décret d'application précité :

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

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

- veufs,
- orphelins d'au moins 16 ans et de moins de 29 ans, des agents et retraités, à condition d'avoir été bénéficiaire de cet agent ou retraité au moment du décès de ce dernier.

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

Article 22 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :

- de la condition d'activité principale prévue à l'article 8 des présents statuts,
- des conditions d'adhésion prévues à l'article 9-III des présents statuts pour les retraités.

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

Article 23 - Règles spécifiques de résiliation

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

TITRE 2 ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I Assemblée générale

Section 1 - Composition, élections

Article 24 - 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, lors d'une seule assemblée générale de section de vote, commune aux cinq mutuelles, à l'élection d'une délégation unique.

Article 25 - Election des délégués

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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

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

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

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

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

1 - Candidatures

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

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

Seuls peuvent être candidats les membres du comité de section ou de gestion.

2 - Modalités d'élections

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

Le comité de gestion de la section extra métropolitaine élit, parmi ses membres, les délégués à l'assemblée générale pour deux ans.

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 27 - Convocation et ordre du jour

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

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

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

Article 28 - Règles de quorum et de majorité

1 - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les 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.

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

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

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 28-1 et 28-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 30 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

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

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

Article 31 - Force exécutoire des décisions

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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

Chapitre II Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 32 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 48 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 à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1er tour - majorité relative au 2nd tour). Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

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

Article 33 - 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.

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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

2 - Limite d'âge

Les membres du conseil ne doivent pas être âgés de plus de 65 ans.

Lorsqu'un administrateur atteint 65 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au renouvellement du conseil d'administration suivant son 65e 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 34 - Représentation des salariés

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

Les modalités des élections de ces représentants sont précisées par le règlement intérieur du conseil d'administration.

Section 2 - Réunions

Article 35 - 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 36 - Obligation de confidentialité

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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 37 - Règles de quorum et de majorité

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

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

Article 38 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 39 - 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 40 - 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 III Président et bureau

Section 1 - Élection et missions du président

Article 41 - Élection et révocation

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

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

Le président est rééligible.

Article 42 - Vacance

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

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

Article 43 - Missions du président

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

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

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

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

Il engage ou ordonnance les dépenses.

Il représente la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile.

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

Section 2 - Élection et composition du bureau

Article 44 - 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 45 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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

Chapitre IV Direction effective

Article 46 - 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 47 - 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 48 - 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 V Organisation des sections

Section 1 - Les sections

Article 49 - Définition des sections

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

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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 50 - Administration des sections départementales

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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 de section s'engage dans l'exercice de ses fonctions mutualistes à :

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

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

A1 - Conditions d'éligibilité

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

- être membre participant au 31 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 65 ans l'année de l'élection,
- ne pas avoir été salarié de la mutuelle, des mutuelles et des organismes créés par elle ou une autre entité du groupe MGEN, au moins 3 ans avant l'élection à compter du 31 octobre de l'année précédant l'élection,

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

- ne pas être frappé d'incapacité juridique.

A2 - Contestations

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

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

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

Le litige doit être soumis par lettre recommandée au président de

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 du comité de leur section de rattachement, de son bureau et des commissions.

C - Membres du bureau départemental

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

Le bureau comprend :

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

D - Assemblée départementale et assemblée générale de section de vote

Les membres participants sont conviés aux assemblées départementales lesquelles se décomposent en :

- Rencontres mutuelles, cadre annuel de débat et d'échange, préparatoire à l'assemblée générale annuelle.
- Assemblée générale de section de vote.

Tous les deux ans, l'assemblée générale de section de vote se réunit au cours de l'assemblée départementale, pour élire les délégués titulaires et les délégués suppléants aux assemblées générales annuelles.

L'ordre du jour de ces réunions est fixé par le comité de section conformément aux instructions du conseil d'administration.

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue de ces assemblées.

Les membres participants du groupe MGEN sont informés de la date et du lieu de ces assemblées par la revue nationale d'information.

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

Article 51 - 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.

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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 52 - 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 projet régional.

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

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

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

Chapitre VI Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 53 - 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.

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

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

Article 54 - 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 55 - 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 56 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme de 1 000 000 €. Ce montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 28-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 57 - Marge de solvabilité

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

Article 58 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 59 - 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 60 - 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,

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

- 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 VII Fonctionnaires détachés à MGEN

Article 61 - 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 62 - 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 précisées 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 ;

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

- 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 63 - 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 64 - Paiement des cotisations

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

Chapitre I - Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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.

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

Section 1 - Conditions d'admission à la mutuelle

