

- Statuts
- Règlement intérieur
- Règlement mutualiste Mgéfi Santé
- Règlement mutualiste Zeni Santé



Statuts Règlement intérieur

La mutuelle référencée pour plus de 300 000 agents publics





Statuts et Règlement intérieur

(applicable au 1^{er} janvier 2025)

TITRE I –	Formation, objet et composition de la mutuelle	page 3
CHAPITRE I –	FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE	page 3
CHAPITRE II –	ADHÉSION À LA MUTUELLE AU TITRE D'UN CONTRAT INDIVIDUEL	page 3
Section 1 –	Conditions d'admission	page 3
Section 2 –	Conditions de démission, résiliation, radiation, exclusion	page 5
CHAPITRE III –	ADHÉSION À LA MUTUELLE AU TITRE D'UN CONTRAT COLLECTIF	page 6
TITRE II –	Administration de la mutuelle	page 7
CHAPITRE I –	ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	page 7
Section 1 –	Composition – élections	page 7
Section 2 –	Réunion de l'Assemblée générale	page 7
Section 3 –	Attributions de l'Assemblée générale	page 7
CHAPITRE II –	CONSEIL D'ADMINISTRATION	page 8
Section 1 –	Composition – élections	page 8
Section 2 –	Réunions du Conseil d'administration	page 9
Section 3 –	Attributions du Conseil d'administration	page 10
Section 4 –	Statut des administrateurs	page 10
CHAPITRE III –	PRÉSIDENT ET BUREAU	page 10
Section 1 –	Élection et attributions du Président	page 10
Section 2 –	Élection, composition, attributions du bureau	page 11
CHAPITRE IV –	DIRIGEANT OPÉRATIONNEL	page 11
CHAPITRE V –	RESPONSABLES DES FONCTIONS CLÉS	page 11
CHAPITRE VI –	ORGANISATION DU RESEAU POLITIQUE LOCAL	page 12
CHAPITRE VII –	ORGANISATION FINANCIÈRE DE LA MUTUELLE	page 12
Section 1 –	Produits et charges	page 12
Section 2 –	Modes de placement et de retrait des fonds	page 12
Section 3 –	Réassurance	page 13
Section 4 –	Commissaires aux comptes	page 13
CHAPITRE VIII –	COMITÉ D'AUDIT	page 13
CHAPITRE IX –	MÉDIATEUR ET ACPR	page 13
TITRE III –	Dissolution volontaire et liquidation	page 14
TITRE IV –	Information des adhérents	page 14
TITRE V –	Obligations de la mutuelle envers la SGAM MATMUT	page 14
TITRE VI –	Dispositions diverses	page 14

Titre I - Formation, objet et composition de la Mutuelle

CHAPITRE I – FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 : Dénomination

Il est constitué une Mutuelle dénommée : Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi), personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 499 982 098. Elle est ci-après désignée : la Mutuelle.

Article 2 : Siège

Le siège de la Mutuelle est situé au 6 rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10.

Article 3 : Objet

La Mutuelle mène dans l'intérêt de ses membres et de leurs ayants droit une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide afin de contribuer à leur développement culturel, moral, intellectuel et physique, ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de vie.

La Mutuelle a pour objet :

- 1 - D'effectuer dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives, les opérations d'assurance couvrant des risques de dommages corporels liés à des aléas de l'existence (maladie, maternité, accidents) de ses membres et de leurs ayants droit conformément à l'article L 111-1, I.1° du Code de la mutualité : branches 1 et 2 ;
- 2 - De faire bénéficier en inclusion, au sens de l'article L 221-3 du Code de la mutualité, d'une part ses membres participants directs relevant de la fonction publique d'Etat, et d'autre part ses membres participants directs relevant des fonctions publiques territoriales et hospitalières adhérents de la mutuelle sous réserve des dispositions de l'article 12 ci-après qui spécifie les garanties ouvertes aux membres participants, des garanties couvrant les risques (décès, invalidité, incapacité, dépendance) dans le cadre de contrats collectifs de prévoyance souscrits par la Mutuelle auprès des structures assurancielles partenaires telles que CNP Assurances ;
- De permettre l'adhésion individuelle de ses membres participants ainsi que de leurs conjoints, concubins ou personnes signataires d'un pacte civil de solidarité, à des contrats collectifs facultatifs de prévoyance proposés par des structures assurancielles partenaires telles que CNP Assurances ;
- 3 - D'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à la maladie, la maternité, à des accidents, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées

dépendantes ou handicapées conformément aux dispositions des paragraphes II 2° et III de l'article L 111-1 du Code de la mutualité ;

- 4 - D'offrir, par le biais d'un fonds d'action sociale constitué à cet effet, des prestations d'action sociale dont la gestion est déléguée à une autre mutuelle de livre III selon les dispositions prévues ci-après dans les statuts ;
- 5 - De participer à la gestion des prestations de Sécurité sociale conformément à l'article L 111-1, I.4° du Code de la mutualité ;
- 6 - De conclure avec les employeurs publics tout partenariat dans le domaine de la prévention ;
- 7 - De conclure tout autre partenariat tendant à faciliter, à développer et à améliorer les garanties statutaires ;
- 8 - De faire bénéficier ses membres des services et prestations créés par les fédérations et unions auxquelles elle adhère.
- 9 - D'accepter des engagements en réassurance en application de l'article L111-1 du Code de la mutualité.

La Mutuelle peut à la demande d'autres mutuelles ou unions se substituer intégralement à leurs engagements dans les conditions prévues à l'article L 211-5 du Code de la mutualité. Elle peut sur décision de son assemblée générale adhérer à une union mutualiste de groupe, à une union de groupe mutualiste, à un groupement paritaire de prévoyance ou s'affilier à une société de groupe d'assurance ou à une société de groupe d'assurance mutuelle.

La Mutuelle peut effectuer des prestations d'intermédiation ou y recourir conformément aux dispositions définies à l'article L 116-1 et suivants du Code de la mutualité.

Conformément à l'article L116-3 du Code de la mutualité, la mutuelle peut également déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion de contrats collectifs.

Article 4 : Règlements mutualistes

En application de l'article L114-1 du Code de la mutualité, les règlements mutualistes de chaque offre sont adoptés par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Ils définissent le contenu et la durée des engagements contractuels entre les membres participants adhérents à titre individuel et la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Article 5 : Règlement intérieur

Un règlement intérieur, établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlements mutualistes.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent dès communication aux adhérents. Ces modifications sont présentées pour ratification à la plus prochaine assemblée générale.

Article 6 : Respect de l'objet

Les instances de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la Mutualité tels que définis à l'article L 111-1 du Code de la mutualité.

CHAPITRE II – ADHÉSION À LA MUTUELLE

AU TITRE D'UN CONTRAT INDIVIDUEL

Section I – Conditions d'admission

Article 7 : Modalités d'adhésion

L'adhésion prend effet à la date de la prise d'effet de la garantie Frais de santé telle qu'indiquée sur le bulletin d'adhésion. La première période de garantie se termine au 31 décembre de l'année en cours. Les garanties se renouvellent ensuite d'année en année par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année sous réserve du paiement des cotisations.

Toutefois, lorsque l'adhésion intervient dans le cadre d'un mandat de résiliation prévu à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité, la garantie prend effet au lendemain de la prise d'effet de la résiliation du précédent contrat souscrit auprès d'un autre organisme d'assurance.

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion et emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutua-

listes, ainsi que celles des contrats de prévoyance statutaire en inclusion.

Les droits et obligations qui résultent de cette adhésion sont ceux du contrat mutualiste exprimés par les statuts, le règlement intérieur et les règlements mutualistes.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification statutaire et réglementaire sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

Acquièrent la qualité de membre participant de la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies aux présents statuts.

Article 8 : Définition des membres

La Mutuelle admet des membres participants et, le cas échéant, des membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques faisant acte d'adhésion dans les conditions fixées par l'article 7 des présents statuts, qui en échange du paiement régulier de leur cotisation, bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui versent une cotisation ou font des dons sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle.

Article 9 : Catégories de membres participants

Peuvent adhérer à la Mutuelle et en devenir membres participants :

1 – Membres participants directs

- Les fonctionnaires actifs (titulaires ou stagiaires) et retraités relevant la fonction publique d'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière.
- Les agents publics (contractuels, auxiliaires ou autres) et ouvriers d'Etat actifs et retraités des administrations, agences, régies, établissements publics ou organismes relevant de la fonction publique d'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière.
- Les personnes mentionnées aux deux premiers alinéas, auparavant garanties par la Mutuelle dans le cadre de l'article 17 des présents statuts et faisant le choix, au terme de leur affiliation au contrat collectif (départ à la retraite, fin de portabilité ou de maintien des garanties en application des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989), d'adhérer à la Mutuelle à titre individuel.

Conservent la qualité de membres participants directs :

- Les membres participants directs qui suspendent leur activité dans le cadre d'un

détachement, d'une disponibilité, d'un congé parental.

- Les membres participants directs éligibles au dispositif de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires.

- Les agents admis à la retraite à jouissance différée par assimilation aux membres participants directs retraités.

- Les agents ayant signé une rupture conventionnelle.

2 – Membres participants associés

- Le conjoint, concubin ou la personne signataire d'un pacte civil de solidarité, assuré social à titre personnel âgé de 75 ans au plus au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion, vivant au foyer du membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou du membre participant associé.

- À titre transitoire, le conjoint, concubin ou la personne signataire d'un pacte civil de solidarité, assuré social à titre personnel âgé de 75 ans au plus au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion vivant au foyer du membre participant direct relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière et ayant adhéré à la mutuelle avant le 1^{er} juillet 2023.

- Les ascendants, des 1^{ers} et 2^{es} degrés (parents, grands-parents), descendants des 1^{er} et 2^{es} degrés (enfants, petits-enfants) et collatéraux des 2^{es}, 3^{es} et 4^{es} degrés (frères, sœurs, oncles, tantes, neveux, nièces, cousins germains) du membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat âgés de 75 ans au plus au 1^{er} janvier de l'année de leur adhésion.

- Les veufs ou veuves qui, au moment du décès du membre participant direct ou du membre participant associé étaient garantis en qualité d'ayants droit.

- Les enfants orphelins qui, au moment du décès du membre participant direct ou du membre participant associé étaient garantis en qualité d'ayants droit.

- L'enfant de membre participant direct ou de membre participant associé, de 16 ans au moins, assuré social à titre personnel et ayant fait le choix de bénéficier d'une garantie santé en son nom propre,

- Les personnes, auparavant garanties par la Mutuelle dans le cadre de l'article 17 des présents statuts et faisant le choix, dans un délai de 6 mois maximum à compter du terme de leur affiliation au contrat collectif (départ à la retraite, fin de portabilité ou de maintien des garanties en application des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989), d'adhérer à la Mutuelle à titre individuel.

- Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires.

- À leur demande exprime :

- Toute personne qui perd la qualité d'ayant droit d'un assuré garanti en qualité de membre participant direct ou de membre participant associé, dès lors qu'il n'y a aucune interruption du contrat mutualiste.

- Le conjoint, concubin ou la personne signataire d'un pacte civil de solidarité, assuré social à titre personnel lorsque le lien avec le membre participant direct ou le membre participant associé par lequel il bénéficiait des prestations de la Mutuelle a été rompu, pour quelque cause que ce soit ;

- Dès lors qu'il était précédemment garanti par un membre participant direct ou un membre participant associé, l'enfant de 16 ans ou plus, ayant droit autonome à sa demande au sens de la Sécurité Sociale et selon les dispositions de l'article L 114-2 du code de la Mutualité ;

- Les agents vacataires enquêteurs et les agents contractuels chargés de la supervision du recensement, pour le compte de l'INSEE.

- Les apprentis recrutés dans le cadre d'une formation en alternance au sein de la fonction publique d'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière.

- Toute personne qui ne remplirait plus les conditions pour demeurer membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière mais souhaiterait rester garantie par la Mutuelle.

Article 10 : Ayant droit

Les différentes catégories d'ayants droit sont, sous réserve de dispositions spécifiques du règlement mutualiste :

- L'enfant de membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou de membre participant associé jusqu'au 31 décembre de l'année de son 27^e anniversaire, ayant droit au sens de la Sécurité sociale ou assuré social à titre personnel.

- L'enfant de membre participant direct relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière ou l'enfant de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 27^e anniversaire, ayant droit au sens de la Sécurité sociale ou assuré social à titre personnel.

- Le conjoint, concubin ou la personne signataire d'un pacte civil de solidarité, assuré social à titre personnel, du membre participant direct relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière.

Article II : Appartenance mutualiste

L'adhésion à la Mutuelle implique l'adhésion à l'une des mutuelles de livre III ci-après désignées :

- Mutuelle d'Action Sociale des Finances Publiques (MASFIP)
- Mutuelle des Douanes Atlas (MDD-Atlas) ;
- Mutuelle de l'INSEE ;

L'adhérent membre participant direct est rattaché à l'une de ces mutuelles en fonction de sa sphère professionnelle d'appartenance :

- pour les sphères professionnelles Finances Publiques, Industrie et Recherche, Imprimerie Nationale et Concurrence, Consommation et

Répression des Fraudes, et de toutes autres sphères professionnelles, hors sphères professionnelles Douanes et INSEE, la mutuelle de rattachement est la MASFIP ;

- pour la sphère professionnelle Douanes, la mutuelle de rattachement est la MDD Atlas ;
- pour la sphère professionnelle INSEE, la mutuelle de rattachement est la Mutuelle de l'INSEE.

L'adhérent membre participant associé est rattaché à la même mutuelle de Livre III que celle du membre participant direct.

Article I2 : Modalités du choix de la garantie

Trois règlements mutualistes sont ouverts à l'adhésion individuelle :

- Règlement mutualiste « Mgéfi Santé » ;
- Règlement mutualiste « VicTerria Santé » ;
- Règlement mutualiste « Zéni Santé ».

Les conditions et modalités de souscription sont précisées par chacun des règlements mutualistes.

Les cotisations et les prestations assurées par la Mutuelle varient selon la garantie souscrite dans les conditions prévues aux règlements mutualistes.

Article I3 : Changement de choix de garantie

Les conditions et modalités de changements de niveau de garantie sont précisées par les règlements mutualistes.

Les adhérents ayant souscrit au règlement mutualiste Zéni Santé peuvent demander à souscrire au règlement mutualiste « Mgéfi Santé » au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile. Elle prend effet au 1^{er} jour de l'année suivante.

Section 2 – Conditions de démission, résiliation, radiation, exclusion

Article I4 : Démission - Résiliation

Le membre participant ou le membre honoraire peut adresser sa démission ou demander la résiliation de son adhésion dans les conditions prévues aux articles L221-10, L221-10-1, L221-10-2, L221-10-3, L221-9 et L223-8 du Code de la mutualité.

La démission ou la résiliation d'un adhérent de la Mutuelle entraîne sa démission ou sa résiliation de la mutuelle de rattachement, telle que visée à l'article 11 ci-dessus.

Article I5 : Radiation – Exclusion

I. Radiation

La radiation d'un membre participant ou d'un membre honoraire est prononcée par la Mutuelle dans les conditions prévues aux articles L 221-7, L 221-8 et L 221-17 du Code de la mutualité.

II. Exclusion

Peut être exclu le membre participant ou le membre honoraire qui aurait causé volontairement un préjudice, aux intérêts de la Mutuelle.

En cas de préjudice dûment constaté, la Mutuelle suspend à titre conservatoire les garanties.

Elle notifie sans délai au membre participant ou au membre honoraire : les faits reprochés, la suspension à titre conservatoire des garanties et la mise en œuvre de la procédure d'exclusion, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Ce dernier dispose d'un délai de 15 jours à compter de la date de première présentation du courrier recommandé pour contester les faits en adressant ses observations écrites et pièces justificatives par lettre ou tout autre support durable.

L'exclusion est prononcée par le conseil d'administration.

La Mutuelle notifie l'exclusion au membre participant ou au membre honoraire par lettre recommandée avec avis de réception.

L'exclusion prend effet le lendemain de la date de sa notification.

Article I6 : Conséquences au regard des cotisations et des prestations

La démission, la résiliation, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées pour les périodes pendant lesquelles le risque a couru sauf dans les cas prévus à l'article L 221-17 du Code de la mutualité.

Les arriérés éventuels restent dus à la Mutuelle dans tous les cas.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, de la résiliation, de la radiation ou de l'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

CHAPITRE III – ADHÉSION À LA MUTUELLE**AU TITRE D'UN CONTRAT COLLECTIF****Article 17: Adhésion au titre d'un contrat collectif**

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion faisant suite à la souscription d'un contrat collectif par un employeur ou une personne morale auprès de la Mutuelle ou du bénéfice d'un contrat collectif relevant d'un dispositif spécifique assuré par la Mutuelle.

Les droits et obligations qui résultent de cette adhésion sont ceux du contrat collectif souscrit par l'employeur ou la personne morale auprès de la Mutuelle ou ceux du contrat collectif relevant d'un dispositif spécifique assuré par la Mutuelle. Ces droits et obligations sont repris dans une notice d'information remise aux adhérents.

L'adhésion prend effet conformément aux dispositions du contrat collectif. Le contrat collectif précise quels sont les ayants droit qui sont rattachés à l'adhérent.

Toutes modifications apportées aux droits et obligations résultant du contrat collectif sont portées à la connaissance des adhérents.

Les adhérents des contrats collectifs peuvent bénéficier de prestations d'action sociale, dès lors qu'elles sont prévues par le contrat collectif, selon deux modalités distinctes :

Pour les contrats collectifs relevant de la Fonction Publique d'Etat, les membres participants de la MGEFI et leurs ayants droit sont automatiquement membres participants et ayants droit de la mutuelle de livre III correspondant à la sphère professionnelle dont relève le membre participant comme indiqué à l'article 11 ci-avant. Le montant de la cotisation additionnelle est affecté au financement des prestations d'action sociale

mises en œuvre par les mutuelles de livre III. Une convention régissant les flux financiers et les modalités de mise en œuvre et de reporting est rédigée en ce sens.

Pour les autres contrats collectifs, les membres participants de la MGEFI et leurs ayants droit peuvent se voir proposer les prestations d'action sociale, par le biais du fonds d'action sociale constitué à cet effet et prévu à l'article 68 des présents statuts, dans le respect des dispositions du contrat collectif. Ces prestations sont mises en œuvre dans le cadre d'une convention de délégation de gestion entre la MGEFI et une autre mutuelle de livre III.

A titre dérogatoire les contrats collectifs à adhésion obligatoire dont la première souscription est antérieure à 2023 peuvent relever indifféremment de l'une ou l'autre des modalités de mise à disposition de l'action sociale ci-dessus.

Article 18: Catégories d'adhérents

Les adhérents mentionnés à l'article 17 sont qualifiés de membre participant ou d'ayant droit.

Acquièrent la qualité de membre participant, les salariés et/ou agents actifs ou retraités de l'employeur ou de la personne morale désignés dans le contrat collectif obligatoire ou facultatif souscrit auprès de la Mutuelle.

Acquièrent notamment la qualité d'ayant droit, les conjoints, concubins ou personnes signataires d'un pacte civil de solidarité ainsi que les descendants à charge. La qualité d'ayant droit est fixée par le contrat collectif souscrit auprès de la Mutuelle.

Article 19: Démission – Résiliation

La démission d'un adhérent du contrat collectif entraîne, à la date d'effet de cette démission, la perte de la qualité de membre participant ou de bénéficiaire.

La résiliation d'un contrat collectif souscrit auprès de la Mutuelle entraîne, à la date d'échéance du contrat, la perte de la qualité de membre participant ou de bénéficiaire sous réserve de l'application des dispositions réglementaires de portabilité et de maintien des garanties.

Les conditions d'adhésion à titre individuel au terme de l'affiliation à un contrat collectif souscrit auprès de la Mutuelle sont décrites à l'article 9 des présents statuts.

Titre II – Administration de la Mutuelle

CHAPITRE I – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section I – Composition – Élections

Article 20 : Composition

L'assemblée générale est composée des délégués élus par les membres participants et honoraires de la Mutuelle. Les délégués sont répartis en sections de vote. Ces sections de vote sont créées par le conseil d'administration.

Article 21 : Détermination des sections de vote

L'organisation du vote se fait selon des critères géographiques.

Les modalités pratiques d'organisation des sections de vote sont détaillées dans le règlement intérieur.

Article 22 : Nombre de délégués

Les membres participants et les membres honoraires de la Mutuelle sont représentés par sections de vote sur la base :

- d'un délégué titulaire et d'un délégué suppléant jusqu'à 1000 membres participants

- puis un de plus par fraction de 2000 membres participants au-delà des 1000 premiers.

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

Un même membre participant ou honoraire ne peut relever que d'une seule section de vote.

Article 23 : Élection des délégués

Les membres participants et honoraires élisent les délégués titulaires et suppléants à l'assemblée générale de la Mutuelle.

Les délégués sont élus pour 3 ans à bulletin secret par correspondance (voie postale ou électronique) et au scrutin de liste majoritaire à un tour.

Sont éligibles, les adhérents ayant la qualité de membre participant ainsi que les membres honoraires à jour de leur cotisation à la date de l'appel à candidature.

La régularité des opérations électorales destinées à la désignation des délégués peut être contestée, dans le délai de quinze jours à compter de l'élection, devant le tribunal judiciaire du siège social de la mutuelle conformément aux dispositions de l'article R. 114-2-1 du Code de la mutualité.

La perte de la qualité de membre participant ou honoraire entraîne celle de délégué titulaire ou suppléant.

Les délégués participent aux sessions de formation organisées à leur attention par la Mutuelle.

Article 24 : Empêchement et vacance

En cas d'empêchement ou de vacance en cours de mandat dûment établis, le délégué titulaire empêché d'assister à l'assemblée générale est remplacé dans ses fonctions par un délégué suppléant.

Les modalités de remplacement d'un délégué titulaire par un délégué suppléant sont précisées dans le règlement intérieur.

Section 2 – Réunion de l'assemblée générale

Article 25 : Convocation

L'assemblée générale est convoquée par le président du Conseil d'administration ou dans les conditions définies à l'article L 114-8 du Code de la mutualité. Elle est réunie au moins une fois par an.

Article 26 : Modalités de convocation

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

Les délégués composant l'assemblée générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la Mutualité.

Article 27 : Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation.

L'assemblée ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour. Elle prend, en toute circonstance, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

L'inscription à l'ordre du jour de projets de résolutions peut être requise par les délégués s'ils représentent au moins le quart d'entre eux.

Article 27 bis : Visioconférence et vote électronique

Les membres de l'assemblée générale peuvent participer à celle-ci par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ils sont alors réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Les membres peuvent recourir au vote électronique lors des réunions en assemblée générale. Les modalités d'organisation du vote électronique respectent le secret du vote et la sincérité du scrutin.

Section 3 – Attributions de l'assemblée générale

Article 28 : Compétence

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

II - L'assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

- 1 - Les modifications des statuts.
- 2 - Les activités exercées.
- 3 - L'existence et le montant des droits d'adhésion et leur affectation au fonds d'établissement.
- 4 - Le montant du fonds d'établissement.
- 5 - Les montants et les taux de cotisations, les prestations offertes, ainsi que le contenu des

règlements mutualistes définis par l'article L 114-1 alinéa 5 du Code de la mutualité.

6 - Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives conformément à l'article L114-9 du Code de la mutualité.

7 - L'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la Mutuelle ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union.

8 - La conclusion, la modification et l'éventuelle résiliation de la convention auprès de la SGAM MATMUT conformément à l'article R 115-6 du code de la Mutualité.

9 - Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cessions en réassurance.

10 - L'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L 114-44 et L 114-45 du Code de la mutualité.

11 - Le transfert de tout ou partie du portefeuille d'opérations que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire.

12 - Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent.

13 - Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice, ainsi que le rapport de gestion du groupe.

- 14 - Le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L 114-34 du Code de la mutualité.
- 15 - Le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles et unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L 114-39 du même Code.
- 16 - Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

III – L'assemblée générale décide :

1. De la nomination des commissaires aux comptes.
2. De la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires.
3. Des délégations de pouvoirs prévues à l'article 29 des présents statuts.
4. Des apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L 111-3 et L 111-4 du Code de la mutualité.

Article 29 : Délégation de pouvoirs

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

Article 30 : Quorum et modalités de vote

I – Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcée pour être adoptées :

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, la délégation de pouvoir prévue à l'article 29 des présents statuts, les prestations offertes, toute décision de transfert de portefeuille, en acceptation comme en cession, 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 ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié des délégués.

À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents représente au moins le quart du nombre total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

II – Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simple :

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au 1 ci-dessus, l'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de délégués présents.

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

Article 31 : Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la mutualité.

Les modifications des montants de cotisations, ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

CHAPITRE II – CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section I – Composition – élections

Article 32 : Composition

La Mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 27 administrateurs.

Un ou plusieurs postes d'administrateur peuvent rester vacants entre deux renouvellements.

Le conseil d'administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité.

Le conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes, la proportion d'administrateurs de chaque sexe ne pouvant être inférieure à 40% de la totalité des membres, dans les conditions visées à l'article L 114-16-1 du code de la mutualité.

Ainsi, la Mutuelle met en œuvre tous les moyens utiles afin d'établir les listes de candidats aux fonctions d'administrateur tendant à la représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein de son conseil d'administration. A cet effet, lors de chaque renouvellement de son conseil d'administration, après recensement des candidatures, la Mutuelle détermine le nombre de sièges soumis à l'élection, réparti par sexe de

façon à atteindre, au sein du nombre total de sièges, une représentation au moins égale à 40% pour les personnes de chaque sexe.

Article 33 : Conditions d'éligibilité

Pour être éligibles au conseil d'administration, les membres participants et les membres honoraires, personnes physiques, doivent à la date de l'élection :

- Être à jour de leur cotisation ;
- Être âgés de 18 ans révolus et de 70 ans au plus ;
- Ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ;
- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L 114-21 du Code de la mutualité.

Le nombre des membres du conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'administration.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé.

Article 34 : Modalités d'élection des administrateurs

Conformément aux dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du conseil d'administration sont élus dans des conditions garantissant le secret du vote par les délégués à l'assemblée générale au scrutin uninominal à un tour ; dans le cas où des candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

La régularité des opérations électorales destinées à la désignation des administrateurs peut être contestée, dans le délai de quinze jours à compter de l'élection, devant le tribunal judiciaire du siège social de la mutuelle conformément aux dispositions de l'article R. 114-2-1 du Code de la mutualité.

Suivant les dispositions des 3^e et 4^e alinéa de l'article 32 des statuts, le règlement électoral du renouvellement du conseil d'administration précise les modalités d'élection des administrateurs.

Article 35 : Durée du mandat

Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans.

La durée de leur fonction expire à l'issue de l'assemblée générale qui vote le renouvellement ou

le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle leur mandat prend fin.

Le membre nommé en cours de mandat achève le mandat du membre qu'il remplace.

Les membres du conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- Lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant de la Mutuelle ;
- Lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L 114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul des mandats, qu'ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- Trois mois après qu'une décision de justice définitive les ait condamnés pour l'un des faits visés à l'article L 114-21 du Code de la mutualité ;

- Par suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'autorité de contrôle.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'assemblée générale.

Article 36 : Renouvellement

Le renouvellement du conseil d'administration a lieu par moitié tous les trois ans.

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

Article 37 : Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause, d'un

administrateur, il est pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification par l'Assemblée Générale de la nomination faite par le Conseil d'administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait de plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Section 2 – Réunions du conseil d'administration

Article 38 : Réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins 4 fois par an.

Le président du conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du conseil d'administration 5 jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent ni se faire représenter ni voter par correspondance.

Les réunions peuvent se tenir sous forme de visioconférence ou autre moyen de télécommunication. Les moyens techniques mis en œuvre dans ce cadre doivent permettre l'identification des administrateurs et garantir leur participation effective par la transmission du son de la voix. Ils doivent également permettre la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Article 39 : Représentation des salariés au conseil d'administration

Deux représentants des salariés, élus dans les conditions régies à l'article L.114-16-2 du code de la mutualité, assistent avec voix consultative aux séances du conseil d'administration.

Le mandat des représentants des salariés est d'une durée de 6 ans.

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

Les conditions et les modalités d'élection des représentants des salariés sont fixées par les dispositions de l'article L. 114-16-2 du Code de la mutualité ainsi que par les présents statuts.

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

Le mandat de représentant des salariés est incompatible avec les mandats visés par l'article L.114-16-2 du code de la mutualité. Le représentant élu par les salariés qui, lors de son élection, est titulaire d'un ou de plusieurs de ces mandats doit s'en démettre dans les huit jours. A défaut, il est réputé démissionnaire de son mandat de représentant élu par les salariés.

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

La régularité des opérations électorales destinées à la désignation des représentants des salariés au Conseil d'administration peut être contestée, dans le délai de quinze jours à compter de l'élection, devant le tribunal judiciaire du siège social de la mutuelle conformément aux dispositions de l'article R. 114-2-1 du Code de la mutualité.

Article 40 : Quorum et modalités de vote

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.

Le conseil d'administration vote obligatoirement dans des conditions garantissant le secret du vote pour l'élection du président et des autres membres du bureau, ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Sont réputés présents les administrateurs et les représentants des salariés mentionnés à l'article 39 qui participent à la réunion du conseil par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion soumis à l'approbation du conseil d'administration lors de sa séance suivante.

Article 41 : Démission d'office

Les membres du conseil d'administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de l'année, ou en cas de dépassement de la limite d'âge dans les conditions fixées à l'article 33.

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

Section 3 – Attributions du conseil d'administration

Article 42 : Compétences

Le conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

Le conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Article 43 : Délégations d'attribution

Le conseil peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle,

soit au bureau, soit au président, soit au dirigeant opérationnel, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions, soit aux comités constituant le réseau politique local de la Mutuelle. Le conseil peut déléguer au président, et au dirigeant opérationnel, une ou plusieurs attributions à l'exclusion de celles qui lui sont légalement réservées. Il peut à tout moment leur retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Section 4 – Statut des administrateurs

Article 44 : Gratuité des fonctions

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. La Mutuelle peut cependant verser des indemnités dans les conditions fixées aux articles L 114-26 et L 114-27 du Code de la mutualité.

Article 45 : Remboursement des frais

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la mutualité.

Article 46 : Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué de la Mutuelle ou de recevoir dans l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres 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. Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert en compte courant ou

autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Article 47 : Obligations

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

Les administrateurs peuvent représenter la Mutuelle au sein des instances nationales et locales, des commissions et des groupes de travail de la Mutualité Française, de MFP (Mutualité Fonction Publique), de MFPASS (Mutualité Fonction Publique Action Santé Social), de l'UOPRS (l'Union Régime Obligatoire Prévention Santé) et de MFPrécaution et de la SGAM MATMUT.

Les administrateurs peuvent représenter la Mutuelle au sein des instances, commissions et groupes de travail de la FNM (assemblées générales, congrès, journées de rentrée, conseils nationaux...) ainsi qu'au sein des instances, des commissions et des groupes de travail des UR (Unions Régionales) et UT (Unions Territoriales) de la Mutualité Française.

Les administrateurs peuvent représenter la Mutuelle au sein des instances de l'Assurance Maladie (CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), SLAM (Section Locale d'Assurance

Maladie), UGECAM (Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie) et CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail)), des commissions et réunions des ARS (Agences Régionales de Santé), des CRSA (Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie), et des autres organismes sociaux.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard de leur situation.

Les administrateurs participent aux sessions de formation organisées à leur attention par la Mutuelle, la FNM ou les Unions Régionales.

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions même non définitives qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L 114-21 du Code de la mutualité.

Article 48 : Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement selon les cas envers la Mutuelle ou envers les tiers à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE III – PRÉSIDENT ET BUREAU

Section I – Élection et attributions du président

Article 49 : Élection du président

Le conseil d'administration élit à bulletin secret parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique. Il peut à tout moment être révoqué par celui-ci.

Le président est élu au cours de la première réunion du conseil d'administration qui suit la constitution initiale ou le renouvellement partiel du conseil d'administration, selon les règles de majorité fixées par les présents statuts pour l'élection des membres du conseil d'administration.

Le président est élu pour une durée de trois ans. Il est rééligible.

Article 50 : Vacance du président

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre participant du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par un vice-président dans l'ordre du tableau arrêté par le conseil d'administration ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par un vice-président dans l'ordre du tableau arrêté par le conseil d'administration ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Article 51 : Attributions du président

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale.

- Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L 510-8 à L 510-11 du Code de la mutualité.
- Il veille au bon fonctionnement des instances de la Mutuelle.

- Il 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 les recettes et les dépenses.

- Il est compétent pour ester en justice ou défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.
- Il représente la Mutuelle dans tous les actes de la vie civile.
- Il peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle

et avec l'autorisation du conseil d'administration, soit à un ou plusieurs membres du bureau, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit au directeur général.

Il peut également déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Section 2 – Élection – Composition – Attributions du bureau

Article 52 : Élection du bureau

Les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour trois ans par le conseil d'administration et parmi ses membres au cours de la première réunion du conseil d'administration qui suit la constitution initiale ou le renouvellement partiel du conseil d'administration.

Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le conseil d'administration.

Article 53 : Composition du bureau

Le bureau est composé de la façon suivante :

- Le président du conseil d'administration
- Huit vice-présidents au maximum

Article 54 : Réunions et délibérations

Le bureau prépare les dossiers qui sont soumis à l'examen et à la décision du conseil d'administration.

Le bureau se réunit sur convocation du président.

Le président peut inviter des personnes extérieures au bureau à assister aux réunions.

Les réunions peuvent se tenir sous forme de visioconférence ou autre moyen de télécommunication. Les moyens techniques mis en œuvre

dans ce cadre doivent permettre l'identification des membres du bureau et garantir leur participation effective par la transmission du son et de la voix. Ils doivent également permettre la retransmission continue et simultanée des décisions.

Article 55 : Vice-présidents

Les vice-présidents secondent le président dans l'exercice de ses missions.

En cas d'empêchement du président, les vice-présidents le suppléent avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

CHAPITRE IV – DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Article 56 : Nomination et révocation

Le Conseil d'administration nomme, sur proposition du Président, le dirigeant opérationnel et approuve les éléments de son contrat de travail. Il est mis fin aux fonctions du dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le dirigeant opérationnel ne peut être un administrateur de la Mutuelle.

Le dirigeant opérationnel ne doit avoir encouru aucune des condamnations prévues à l'article L 114-21 du Code de la mutualité. Il doit posséder l'honorabilité, la compétence ainsi que l'expérience nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

La nomination et le renouvellement du dirigeant opérationnel sont notifiés à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) conformément aux dispositions de l'article L 612-23-1 du Code monétaire et financier.

Le dirigeant opérationnel porte le titre de Directeur général. En cas de vacance du dirigeant

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

Outre le président du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel, une ou plusieurs autres personnes physiques peuvent être désignées comme dirigeants effectifs par le conseil d'administration, sur proposition de son président, dans les conditions prévues par l'article R 111-15 du Code de la mutualité.

Article 57 : Attributions

Le Conseil d'administration fixe les conditions dans lesquelles il délègue au dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par ce

dernier conformément aux dispositions de l'article L 114-17 du Code de la mutualité.

Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle et de la délégation conférée par le conseil d'administration sous réserve des compétences attribuées expressément à l'assemblée générale, au conseil d'administration et au président.

Le dirigeant opérationnel soumet notamment à l'approbation du conseil d'administration les procédures et politiques écrites définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent informer directement et de leur propre initiative le conseil d'administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le dirigeant opérationnel assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

CHAPITRE V – RESPONSABLES DES FONCTIONS CLÉS

Article 58 : Désignation

Le conseil d'administration nomme, sur proposition des dirigeants effectifs, au sein de la Mutuelle, ou le cas échéant, au sein du groupe auquel la Mutuelle appartient au sens de l'article L 356-1 du Code des assurances, les responsables de chacune des fonctions clés suivantes :

- La fonction de gestion des risques,
- La fonction de vérification de la conformité,

- La fonction d'audit interne,
- La fonction actuarielle.

Les responsables des fonctions clés ne doivent avoir encouru aucune des condamnations prévues à l'article L 114-21 du Code de la mutualité. Ils doivent posséder l'honorabilité, la compétence ainsi que l'expérience nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.

La nomination et le renouvellement des responsables des fonctions clés sont notifiés à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) conformément aux dispositions de l'article L 612-23-1 du Code monétaire et financier.

Article 59 : Attributions

Placés sous l'autorité du dirigeant opérationnel, les responsables des fonctions clés peuvent, conformément aux procédures ou politiques écrites approuvées par le conseil d'administration, informer directement et de leur propre

initiative le conseil d'administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le conseil d'administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut

se dérouler hors la présence du dirigeant opérationnel si les membres du conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant un comité spécialisé composé d'administrateurs.

CHAPITRE VI – ORGANISATION DU RÉSEAU POLITIQUE LOCAL**Article 60 : Réseau politique local**

Le réseau politique local de la Mutuelle est constitué de militants désignés par le conseil d'administration et regroupés au sein de comi-

tés d'action départementaux, à l'exception des départements corses au sein d'un même comité.

Article 61 : Règlement des sections

Le règlement intérieur fixe les modalités d'organisation du réseau politique local.

CHAPITRE VII – ORGANISATION FINANCIÈRE DE LA MUTUELLE**Section I – Produits et charges****Article 62 : Produits**

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- Les droits d'adhésion et les cotisations des adhérents afférents à l'activité de la Mutuelle;
- Les produits financiers;
- Les produits résultant de l'activité de la Mutuelle;
- Les dons et les legs mobiliers et immobiliers;
- Les participations des employeurs publics;
- Plus généralement, toutes autres ressources non interdites par la loi, conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts, redevances.

- La participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination de la Mutualité;

- Les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds;

- Le cas échéant, les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française prévu à l'article L 111-6 du Code de la mutualité;

- La redevance prévue à l'article L 951-1.2 du Code de la Sécurité sociale et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR);

- Plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

Les dépenses du fonds d'action sociale peuvent être notamment des actions ayant le caractère d'allocations ou d'aides ponctuelles en fonction de la situation de l'adhérent.

La gestion de ces actions est confiée, par convention, à une autre Mutuelle de Livre III telle que citée à l'article 17 des statuts, dans les conditions prévues par l'article L320-5 du Code de la mutualité.

Article 65 : Exercice comptable

Conformément aux dispositions de l'article II.1.6 du règlement 2002-06 du 12 décembre 2002 relatif au plan comptable des mutuelles relevant du Code de la mutualité et assumant un risque d'assurance l'exercice comptable de la Mutuelle commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre de chaque année.

Article 63 : Charges

Les charges de la Mutuelle comprennent :

- Les diverses prestations servies aux membres participants et à leurs ayants droit;
- Les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle;
- Les versements faits aux unions et fédérations;

Article 64 : Fonds d'action sociale

Le fonds d'action sociale a pour objet le financement des actions sociales de la Mutuelle dans le cadre des contrats collectifs hors Fonction Publique d'Etat.

Les dépenses du fonds d'action sociale sont financées par les cotisations ou quote-part de cotisations affectées à l'action sociale.

Article 66 : Apports et transferts financiers

En cas de création de mutuelles définies à l'article L 111-3 ou d'unions définies à l'article L 114-4 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

Section 2 – Modes de placement et de retrait des fonds**Article 67 : Règles de sécurité financière**

Dans le respect des dispositions réglementaires applicables, le conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle.

Article 68 : Règles prudentielles

La Mutuelle applique les règles prudentielles légales.

Article 69 : Système de garantie

La Mutuelle adhère au système de garantie créé par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Section 3 – Réassurance**Article 70 : Réassurance**

La Mutuelle se réserve la possibilité de conclure des contrats de réassurance pour les branches d'activité de l'article L111-1 du Code de la mutua-

lité énumérées à l'article 3 alinéa 1 des présents statuts dans les conditions définies à l'article L211-4 du Code de la mutualité et dans le respect de la politique de réassurance du groupe.

Section 4 – Commissaires aux comptes

Article 71 : Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L 114-38 du Code de la mutualité, l'assemblée générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L 225-219 du Code de commerce.

Le président convoque le(s) com-missaire(s) aux comptes à toute assemblée générale.

Le(s) commissaire(s) aux comptes :

- Certifie(nt) le rapport établi par le conseil d'administration et présenté à l'assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur ;
- Certifie(nt) les comptes consolidés et combinés établis par le conseil d'administration ;
- Prend(nent) connaissance de l'avis donné par le président du conseil d'admini-

nistration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L 114-32 du Code de la mutualité ;

- Établit(ssent) et présente(nt) à l'assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L114-34 du Code de la mutualité ;
- Fournit(ssent) à la demande de l'ACPR tout renseignement sur l'activité de la Mutuelle sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- Signale(nt) sans délai à la Commission tout fait et décision mentionnés à l'article L 510-6 du Code de la mutualité dont ils ont eu connaissance ;
- Porte(nt) à la connaissance du conseil d'administration les vérifications auxquelles ils ont procédé dans le cadre de leurs attributions prévues par le Code du commerce ;

- Signale(nt) dans leur rapport annuel à l'assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission.

Il(s) joint(gnent) à leur rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du Code de la mutualité.

Article 72 : Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 228 600 euros conformément aux dispositions de l'article R 212-1 du Code de la mutualité.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 30.1 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

CHAPITRE VIII – COMITÉ D'AUDIT

Article 73 : Composition

Le comité d'audit est composé de cinq administrateurs désignés par le conseil d'administration et dont les 4/5^e n'exercent pas directement des fonctions de direction ou des fonctions opérationnelles au sein de la Mutuelle. Au moins l'un des administrateurs doit présenter des compétences particulières en matière financière et comptable.

Le mandat des membres du comité d'audit est de trois ans, renouvelable.

Le président du comité d'audit est désigné parmi ces membres.

Le conseil d'administration peut également désigner deux membres extérieurs au conseil d'administration pour siéger au comité d'audit en raison de leurs compétences.

Article 74 : Missions

Le comité d'audit est notamment chargé d'assurer le suivi :

- du processus d'élaboration de l'information financière ;
- de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ;
- du contrôle légal des comptes consolidés par les commissaires aux comptes ;

- de l'indépendance des commissaires aux comptes.

Le comité d'audit émet une recommandation sur les commissaires aux comptes proposés à la désignation de l'assemblée générale.

Le conseil d'administration est régulièrement informé des travaux du comité d'audit et de toute difficulté rencontrée dans le cadre des missions qui lui sont confiées.

Article 75 : Fonctionnement

Les modalités de fonctionnement du comité d'audit sont précisées dans un règlement intérieur approuvé par le conseil d'administration.

CHAPITRE IX – MÉDIATEUR ET ACPR

Article 76 : Réclamation – Médiation

En cas de litige ou de différend relatif aux contrats souscrits, le membre participant peut adresser une réclamation à la Mutuelle, par tout moyen mis à sa disposition et, en tout état de cause, par lettre simple, à l'adresse postale mentionnée dans les règlements mutualistes.

Si le litige ou le différend persiste, le membre participant peut saisir le médiateur en adressant sa demande, par écrit, au Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

Adresse postale : 255, rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15

Site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Les modalités d'intervention du médiateur sont précisées dans le Titre V du règlement intérieur.

Le médiateur ne peut être saisi postérieurement à l'engagement de toute action contentieuse.

Le médiateur peut être saisi dès lors que l'adhérent a effectué une réclamation écrite auprès de la mutuelle et :

- a reçu une réponse écrite négative ;

ou

- n'a pas reçu de réponse dans un délai de deux mois après avoir adressé sa réclamation.

Le Médiateur ne peut être saisi après de simples échanges téléphoniques avec la mutuelle.

La saisine du médiateur suspend la prescription.

Le recours à la médiation est gratuit pour le membre participant.

Article 77 – Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions des articles L 310-12 à L 310-25-2 du Code des assurances, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par les mutuelles à l'égard de leurs Membres participants et de leurs Ayants droit.

Les coordonnées de l'ACPR sont les suivantes : 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09

Titre III – Dissolution volontaire et liquidation

Article 78 : Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 30-1 des statuts.

L'assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du conseil

d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs. L'assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement.

Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 30-1 des présents statuts en priorité aux mutuelles visées à l'article 11 des présents statuts, à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de Solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L 421-1 du Code de la mutualité ou au fonds de garantie mentionné à l'article L 431-1 du Code de la mutualité.

Titre IV – Information des adhérents

Article 79 : Étendue de l'information

1 – Adhésion individuelle

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, des règlements mutualistes et du règlement intérieur.

La revue de la Mutuelle, adressée à tous les adhérents, porte à leur connaissance les modifications adoptées en assemblée générale, de ces documents hormis pour les modifications ayant trait aux garanties et aux cotisations qui font l'objet d'une notification à l'adhérent.

L'adhérent est également informé des organismes auxquels la Mutuelle adhère et auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

2 – Adhésion dans le cadre d'un contrat collectif

Toute modification du contrat collectif est constatée par un avenant signé des parties.

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre la notice d'information définissant les garanties prévues par les opérations collectives qui est établie par la Mutuelle, ainsi que ses statuts et son règlement intérieur.

La preuve de la remise de ces documents ainsi que des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.

En cas de modifications des droits et obligations des membres participants l'employeur ou la personne morale souscriptrice est tenu de remettre à chaque adhérent une notice modifiée par la mutuelle, trois mois au minimum avant la date prévue de l'entrée en vigueur des modifications.

Article 80 : Informatique et libertés Protection des données

La Mgéfi s'engage à se conformer à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, ainsi que de la loi dite "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée.

Dans ce cadre, la Mgéfi a rédigé une politique de protection des données accessible en téléchargement sur le site www.mgefi.fr ou par envoi postal sur demande écrite.

Cette politique de protection des données indique les engagements pris en la matière par la Mgéfi et mentionne les droits que peuvent exercer les adhérents s'agissant de leurs données à caractère personnel.

Titre V – Obligations de la Mutuelle envers la SGAM MATMUT

Article 81 : Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la Mutuelle à la SGAM MATMUT

La Mutuelle reconnaît, par son affiliation à un groupe prudentiel, l'influence dominante de SGAM MATMUT.

Cette influence dominante s'exerce au moyen d'une coordination centralisée de ladite SGAM sur les décisions de ses affiliés, susceptibles d'affecter significativement la situation financière de l'ensemble.

Ainsi, par son adhésion aux statuts et son affiliation à la SGAM, la Mutuelle s'engage à recueillir l'autorisation préalable de la SGAM, notamment lors des opérations suivantes, selon les seuils définis dans la convention d'affiliation :

- opération d'acquisition ou cession d'actifs

immobiliers,

- opération de fusion, scission, d'investissement ou de désinvestissement, de transfert de portefeuille, d'acceptation de réassurance ou de substitution,

- sûreté, caution, aval ou garantie,

- engagement hors bilan ne relevant pas de la politique de gestion des risques courante et/ou ne figurant pas dans la politique d'investissement définie par le Groupe,

- proposition d'emprunt, de modification des termes d'un tel emprunt et proposition d'émission de titres,

- accord de coopération industrielle ou commerciale de nature stratégique,

- décision de création ou dissolution de filiales,

- élargissement des agréments,

- externalisation hors Groupe des activités définies par les articles L.354-3 et R.354-7 du code des assurances,

- toute autre décision ou événement que ceux mentionnés ci-dessus dont le montant dépasse 5% des fonds propres comptables,

- nomination de dirigeants effectifs en cas de mise en œuvre de la solidarité financière.

De même, la Mutuelle reconnaît les pouvoirs d'intervention, de contrôle et de sanctions de la SGAM tels que définis par la convention d'affiliation.

La Mutuelle s'engage plus généralement à respecter toutes obligations fixées par les statuts et la convention d'affiliation avec la SGAM.

Titre VI – Dispositions diverses

Article 82 : Fonctionnaires mis à disposition et détachés

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 3 de ses statuts, la Mutuelle peut

faire appel à des fonctionnaires mis à disposition ou placés en position de détachement en vue d'exercer des missions de direction, d'administration, d'encadrement ou de gestion.

Le nombre maximum de postes pouvant être occupés par des fonctionnaires en position de détachement est fixé à 450.

Règlement intérieur

TITRE I – Assemblée générale de la mutuelle	page 15
TITRE II – Conseil d'administration de la mutuelle	page 15
TITRE III – Le Bureau	page 16
TITRE IV – Le réseau politique local de la mutuelle	page 16
TITRE V – Médiateur	page 18

*Le présent Règlement intérieur élaboré conformément à l'article 5 des statuts a pour objet de préciser l'application de certaines dispositions statutaires.
Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.*

Titre I - Assemblée générale de la Mutuelle

Article 1 : Composition de l'assemblée générale

Les membres participants et honoraires de la Mutuelle sont regroupés en douze sections de vote telles que définies en annexe I du présent règlement. Les modalités de répartition et de détermination du nombre de délégués par section de vote sont précisées dans le règlement intérieur des élections des délégués établi par le conseil d'administration et porté en annexe II du présent règlement.

Article 2 : Convocation à l'assemblée générale

Le président du conseil d'administration fixe la date de l'assemblée générale et convoque les délégués quinze jours au moins avant la date prévue pour ladite réunion.

L'ordre du jour et les documents présentés à l'assemblée générale sont adressés aux délégués à l'appui de leur convocation.

Article 3 : Modalités d'élection des délégués

L'organisation des élections est préparée par le bureau qui procède à l'appel de candidatures au plus tard quatre mois avant la date d'assemblée générale.

Chaque liste de candidatures doit être adressée par le responsable de liste, par lettre recommandée, avec accusé de réception, au président de la Mutuelle, au plus tard trois mois avant la date de l'assemblée générale.

Chaque candidat des listes présentées doit obligatoirement faire acte de candidature personnelle en indiquant son état civil, le cas échéant, ses fonctions mutualistes à l'exclusion de toute autre référence.

Sont éligibles l'ensemble des membres participants et des membres honoraires de la Mutuelle.

Le bureau vérifie la recevabilité des listes de candidats conformément aux dispositions prévues par le règlement intérieur des élections des délégués et en avise les responsables de listes.

Le conseil d'administration arrête les listes des candidats qui sont classés par ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort par le bureau.

Le dépouillement est effectué conformément au règlement des élections. Les procès verbaux ainsi que les listes électorales émargées sont conservés au siège de la Mutuelle.

Article 4 : Règlement de l'assemblée générale

Les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'assemblée générale sont fixées par le règlement de l'assemblée générale porté en annexe III du présent règlement. Ce règlement précise également les modalités de remplacement d'un délégué titulaire par un délégué suppléant.

Article 5 : Prise en charge des frais

Les délégués ont droit à la prise en charge de leurs frais de transport et de séjour dans les conditions fixées par le conseil d'administration.

Titre II - Conseil d'administration de la Mutuelle

Article 6 : Composition du conseil d'administration

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause mettant fin au mandat d'un administrateur, le conseil d'administration peut pourvoir à son remplacement sur proposition du bureau.

Article 7 : Élection des administrateurs

L'organisation des élections est préparée par le bureau qui procède à l'appel de candidatures au plus tard trois mois avant la date de l'assemblée générale.

Chaque candidat doit obligatoirement faire acte de candidature personnelle en indiquant, le cas échéant, ses fonctions mutualistes, à l'exclusion de toute autre référence.

Cette candidature doit parvenir au siège de la Mutuelle au plus tard deux mois avant la date de l'assemblée générale.

Le bureau, vérifie la recevabilité des candidatures, conformément aux dispositions prévues dans le règlement de l'assemblée générale et en avise le postulant.

Le conseil d'administration arrête la liste des candidats qui sont classés par ordre alphabétique à partir de la lettre tirée au sort par le bureau.

Les modalités d'organisation de vote, de dépouillement et de proclamation des résultats sont précisées dans le règlement de l'assemblée générale.

En cas de démission collective ou de vacance de la moitié au moins des membres du conseil d'administration, le bureau sortant doit organiser les élections pour le renouvellement total ou partiel dans un délai de quatre mois.

En cas de renouvellement total, il est fait application des dispositions de l'article 36 des statuts.

En cas de renouvellement partiel, l'ordre dans lequel les nouveaux élus seront soumis à réélection est celui déterminé par le dernier tirage au sort.

Article 8 : Commissions du conseil d'administration

Il est constitué au sein du conseil d'administration des commissions spécialisées permanentes. Un ou plusieurs administrateurs peuvent être désignés pour y participer.

Des membres des comités d'action départementaux peuvent également être associés à certaines réunions selon les modalités fixées par le Conseil d'administration.

Les membres du bureau sont membres de droit de toutes les commissions. La présidence de chacune des commissions est confiée à un membre du bureau.

Le président de la commission peut inviter des personnalités qualifiées à assister aux réunions.

Article 9 : Administrateurs référents

Des administrateurs peuvent être désignés par le conseil d'administration comme référents en charge de l'animation d'un ou plusieurs périmètres territoriaux définis par le conseil d'administration.

À ce titre, l'administrateur référent est chargé :

- De représenter le conseil d'administration et de relayer les informations, les orientations et décisions nationales ;
- D'être l'interface entre les comités d'action départementaux et le conseil d'administration ;
- D'assurer l'accompagnement des présidents des comités d'action départementaux dans l'exercice de leurs missions ;
- D'être un soutien pour la déclinaison des orientations nationales au niveau des départements.

Pour ce faire l'administrateur référent peut, dans le cadre d'une coordination territoriale constituée par les présidents et les référents prévention des Comités d'action départementaux du territoire, s'appuyer sur deux militants, dits coordonnateurs territoriaux, désignés par le Conseil d'administration, l'un dédié à la vie militante et l'autre à l'activité prévention sur le territoire.

Il peut également, à la demande du Conseil d'administration, organiser sur le territoire des

réunions des présidents ou des référents prévention des Comités d'action départementaux.

Article 10 : Chargés de mission Experts

Le conseil d'administration peut confier sous sa responsabilité et son contrôle l'exécution de missions spécifiques à des chargés de mission ou à des experts.

Article 11 : Règlement du Conseil d'administration

Les modalités d'organisation et de fonctionnement du conseil d'administration sont fixées par le règlement du conseil d'administration porté en annexe IV du présent règlement.

Ce document précise également les règles de sécurité et de confidentialité qui s'appliquent aux administrateurs ainsi qu'à toute personne qui assiste aux réunions du conseil d'administration.

Titre III - Le bureau

Article 12 : Attributions du bureau

Le bureau applique les directives du conseil d'administration qui doivent être conformes aux décisions de l'assemblée générale.

En cas d'urgence, il peut prendre des initiatives qui sont soumises au conseil d'administration lors de sa plus prochaine séance.

Il est établi un compte rendu de chaque réunion soumis à l'approbation du bureau lors de sa réunion suivante.

Titre IV - Le réseau politique local de la Mutuelle

Le réseau politique local de la Mutuelle est constitué de militants désignés par le conseil d'administration et regroupés au sein de comités d'action départementaux.

CHAPITRE I : COMPOSITION

Article 13 : Composition des comités d'action départementaux et modalités de désignation de leurs membres

Le Comité d'action départemental est composé de militants, membres participants ou membres honoraires dont le domicile est situé dans le département concerné. À titre exceptionnel et sur demande motivée, le conseil d'administration peut autoriser une dérogation à ce principe.

Les membres des comités d'action départementaux sont désignés pour une durée de 3 ans par le conseil d'administration.

La désignation a lieu la même année que celle proposée pour l'élection des délégués à l'Assemblée générale.

Article 14 : Nombre de membres des comités d'action départementaux

Les comités d'action départementaux comprennent un nombre de membres qui varie de 4 à 24 militants.

Article 15 : Cooptation

Dès lors que le nombre de militants du comité d'action départemental ne dépasse pas le nombre

de 24, un militant peut être intégré, en cours de mandat, au sein du comité.

La désignation, par cooptation, de ces nouveaux membres doit être ratifiée par le conseil d'administration.

Article 16 : Démission d'office

En cas d'absence d'un membre du comité d'action départemental, sans motif valable à trois séances consécutives, le comité peut proposer au conseil d'administration, de le déclarer démissionnaire d'office de sa fonction.

CHAPITRE II - FONCTIONNEMENT

Article 17 : Réunions

Le comité d'action départemental se réunit au maximum quatre fois par an sur convocation de son président. Les membres ne peuvent pas se faire représenter. Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un compte rendu adressé au Secrétariat Général de la Mutuelle avec copie à l'élu en charge du réseau politique local et à l'administrateur référent.

Les présidents des comités d'action départementaux peuvent être réunis sur convocation du président de la Mutuelle. En cas d'absence ou d'empêchement du président du comité d'action départemental, ce dernier peut être remplacé par le vice-président du comité.

Les membres des comités d'action départementaux participent aux sessions de formation organisées à leur attention par la Mutuelle ou la FNMF pour ceux siégeant au sein d'instances locales de celles-ci, ou l'UOPS pour ceux désignés référents SLAM.

Article 18 : Bureau

Chaque comité d'action départemental élit pour trois ans parmi ses membres un président, un vice-président et un référent prévention lors de la première réunion qui suit la désignation des membres du comité. En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au plus jeune. Les résultats de l'élection ainsi que les modifications intervenues en cours de mandat sont notifiées au siège de la Mutuelle. En

ce qui concerne le comité de Paris, l'administrateur référent chargé de son animation y assure la fonction de président.

Le président du conseil d'administration peut donner délégation au président du comité d'action départemental pour agir en son nom dans des domaines précis autorisés par le conseil d'administration et concernant le fonctionnement et départemental de la Mutuelle.

Article 19 : Coordination territoriale

Il est constitué, sur des périmètres territoriaux définis par le Conseil d'administration, des Coordinations territoriales constituées par les présidents et les référents prévention des Comités d'action départementaux du territoire.

Ces coordinations territoriales sont animées par les administrateurs référents qui peuvent s'appuyer pour ce faire sur deux militants de Comité d'action départemental du territoire, dit coordonnateurs territoriaux, l'un dédié à la vie militante et l'autre à l'activité prévention.

Ces deux militants, désignés tous les 3 ans par le Conseil d'administration, la même année que celle de l'élection des délégués, constituent, chacun dans leur domaine, des relais des administrateurs référents sur les territoires dans la déclinaison de leur animation.

Dans le cadre de cette coordination territoriale, et à la demande du Conseil d'administration, des réunions des présidents ou des référents prévention des Comités d'action départementaux peuvent être organisées sur le territoire par les administrateurs référents, avec la participation des coordonnateurs territoriaux concernés.

Article 20 : Frais de déplacement

Les fonctions de membres et du comité d'action départemental sont gratuites.

La Mutuelle rembourse aux membres les frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par le conseil d'administration.

Article 21 : Assemblées départementales d'adhérents

Les assemblées départementales d'adhérents sont organisées une fois par an.

Elles sont convoquées et présidées par le président du comité d'action départemental.

En cas d'indisponibilité du président, le vice-président du comité d'action départemental assure ces missions.

CHAPITRE III - ATTRIBUTIONS

Article 22 : Attributions du comité d'action départemental

Le comité d'action départemental est chargé, sous l'autorité et par délégation du conseil d'administration :

- de mettre en œuvre, au niveau du département les orientations et actions locales de prévention, de promotion et de communication,
- d'organiser les assemblées départementales d'adhérents,
- d'assurer au niveau du département, l'interface avec les adhérents,

- d'assurer l'interface avec l'administration et les organisations syndicales,

- de proposer au conseil d'administration, les militants qui doivent représenter la Mutuelle au sein des instances, commissions et groupes de travail des structures mutualistes,

- de désigner des correspondants de site. Cette liste nominative des correspondants est régulièrement mise à jour et transmise au siège de la Mutuelle.

Les correspondants sont chargés, sur leur site professionnel :

- de diffuser les informations transmises par le comité d'action départemental,

- de remonter au président du comité d'action départemental toute saisine émanant des adhérents du site.

Ils sont réunis une fois par an sur convocation du président du comité d'action départemental. L'administrateur référent est systématiquement invité à cette réunion.

Titre V - Médiateur

La médiation de la Mutualité Française est réa-
lisée, conformément aux statuts de la FNMF,
par un médiateur élu pour 6 ans par son conseil
d'administration. Cette nomination est notifiée
à la Commission d'évaluation et de contrôle de
la médiation de la consommation. Le médiateur
répond aux conditions de compétence et d'indé-
pendance exigées par la réglementation.

Article 23: Mission du médiateur

Le médiateur a pour mission d'examiner les diffé-
rends ou litiges opposant un membre participant
ou son ayant droit à la Mutuelle.

Le médiateur rend un avis motivé et peut statuer
en droit comme en équité.

L'avis du médiateur n'a pas de portée juridiction-
nelle mais doit permettre le règlement amiable
dudit litige ou différend, la Mutuelle s'engageant
à respecter cet avis.

Le médiateur accomplit sa mission avec neutra-
lité et impartialité dans le respect de la confiden-
tialité et du contradictoire.

Article 24: Saisine et procédure

Le membre participant doit préalablement à la
saisine du médiateur avoir adressé une réclama-
tion, par tout moyen à sa disposition et, en tout
état de cause, par courrier simple, aux services
de la Mutuelle.

Le membre participant peut saisir le médiateur :

- dès connaissance de la réponse des services
de la Mutuelle à sa réclamation,
- ou en l'absence de réponse de la Mutuelle
dans un délai de deux mois à compter de l'en-
voi de ladite réclamation auprès d'elle.

La saisine du médiateur doit être effectuée, par
courrier adressé à l'attention du médiateur de
la Mutualité Française ou sur le site internet du
médiateur.

Le médiateur peut demander aux parties
concernées par le litige ou le différend, dans un
délai maximum de quatre semaines à compter de
la saisine du médiateur, tous les éléments d'infor-
mation ou tous les documents nécessaires à l'in-
struction du dossier.

Il rend un avis motivé dans le délai maximum de
trois mois à compter de la réception du dossier
complet et le notifie par courrier recommandé
aux parties concernées. Si la question est parti-
culièrement complexe, un nouveau délai pourra
être fixé, n'excédant pas trois mois et dont les
parties devront être informées.

Le membre participant doit dans les deux mois
de la notification de l'avis informer le médiateur
de son acceptation ou de son refus. Ce dernier
devra être motivé.

La procédure de médiation est clôturée dès
l'acceptation de la solution proposée ou de la
formalisation de la persistance du désaccord. Le
membre participant peut à tout moment mettre
fin à la procédure de médiation.

Article 25: Information du conseil d'administration

Un compte rendu sur les saisines du médiateur et
les avis rendus par celui-ci est présenté annuelle-
ment au conseil d'administration.



**Les annexes au règlement intérieur
citées ci-dessous sont disponibles
sur notre site internet :
www.mgefi.fr**

ANNEXE I :

Liste des sections locales de vote pour l'élection des
délégués titulaires et suppléants

ANNEXE II :

Règlement des élections des délégués titulaires et
suppléants

ANNEXE III :

Règlement intérieur de l'Assemblée générale

ANNEXE IV :

Règlement du conseil d'administration

mgefi.fr

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité – Siren : 4,99 982 098
6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10 – www.mgefi.fr



Mgéfi
groupe matmut



Règlement mutualiste **Mgéfi Santé**





Règlement mutualiste Mgéfi Santé

(applicable au 1^{er} janvier 2025)

PRÉAMBULE

L'adhésion à la Mutuelle est régie par :

- le code de la mutualité,
- les statuts et le règlement intérieur de la Mutuelle,
- le présent règlement mutualiste,
- le bulletin d'adhésion.

Le présent règlement mutualiste, régi par les dispositions du Livre II du Code la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements existants entre d'une part, le membre participant et ses bénéficiaires ayants droit, d'autre part, la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Il détermine les conditions d'application des garanties frais de santé souscrites par les membres participants

à titre individuel. Le membre participant est tenu de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlement intérieur de la Mutuelle.

Toutes les garanties visées par le présent règlement s'inscrivent dans le dispositif des contrats solidaires et responsables.

Le membre participant qui adhère au présent règlement mutualiste sélectionne l'une des formules de garanties proposées :

- Maitri Santé
- Vita Santé 2
- Multi Santé 2

Le choix effectué s'applique à l'ensemble des bénéficiaires ayants droit. La Mutuelle fournit au futur membre participant, avant l'adhésion, un bulletin d'adhésion, une fiche d'information et de conseil ainsi que les statuts, le règlement intérieur, le règlement mutualiste de la Mutuelle, les documents d'information normalisés sur les produits d'assurance « Frais de santé », « Indemnités de perte de traitement et de salaire » et « Prémuo M022 », la notice d'information « Prémuo M022 », le tableau des exemples de remboursements, les statuts et règlement de la Mutuelle d'action sociale ainsi que la notice d'information relative aux garanties d'assistance.

SOMMAIRE

TITRE I – Les obligations des adhérents envers la mutuelle	page 4
CHAPITRE I – CATÉGORIES D'ADHÉRENTS, CONDITIONS D'ADHÉSION, COTISATIONS	page 4
Article I-1 : Catégorie d'adhérents - Conditions d'adhésion	page 4
Article I-2 : Cotisations des adhérents	page 4
Article I-3 : Fixation des cotisations	page 5
Article I-4 : Majoration de cotisation	page 5
Article I-5 : Cotisation de maintien	page 5
CHAPITRE II – PAIEMENT DES COTISATIONS	page 6
Article I-6 : Modes de paiement	page 6
Article I-7 : Exonération de cotisations	page 6
CHAPITRE III – MODIFICATIONS EN COURS D'ADHÉSION	page 6
Article I-8 : Changement de garantie	page 6
Article I-9 : Rattachement des bénéficiaires ayants droit	page 6
CHAPITRE IV – RÉSILIATION	page 6
Article I-10 : Conditions de résiliation	page 6
Article I-11 : Modalités de résiliation	page 6
CHAPITRE V – INFORMATION DE LA MUTUELLE	page 6
Article I-12 : Obligations d'information	page 6
Article I-13 : Gestion des prestations	page 6

TITRE II – Les obligations de la mutuelle envers les adhérents	page 7
CHAPITRE I – LES GARANTIES	page 7
Article 2-1 : Garanties	page 7
Article 2-2 : Conditions	page 7
Article 2-3 : Prise d'effet	page 7
Article 2-4 : Plafond de prise en charge	page 7
Article 2-5 : Prescription et forclusion	page 7
Article 2-6 : Dérogations	page 7
Article 2-7 : Subrogation générale	page 7
Article 2-8 : Subrogation particulière	page 7
CHAPITRE II – PRESTATIONS SANTÉ	page 8
Article 2-9 : Prestations accrochées	page 8
Article 2-10 : Prestations complémentaires	page 8
Article 2-11 : Prestations spécifiques	page 8
CHAPITRE III – INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENT ET DE SALAIRE	page 8
Article 2-12 : Définition	page 8
Article 2-13 : Modalités de calcul	page 8
Article 2-14 : Conditions et durée d'attribution	pages 8 et 9
Article 2-15 : Dispositions particulières	page 9
CHAPITRE IV – PRÉVENTION	page 9
Article 2-16 : Généralités	page 9
Article 2-17 : Cadre de la prévention	page 9
CHAPITRE V – ASSISTANCE	page 9
Article 2-18 : Définition	page 9
CHAPITRE VI – PRÉVOYANCE	page 9
Article 2-19 : La prévoyance statutaire en inclusion	page 9
Article 2-20 : La prévoyance facultative	page 9
CHAPITRE VII – DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	page 9
Article 2-21 : Délai de versement des prestations santé, indemnités pour perte de traitements et salaires et de la garantie Indemuo – Maintien de primes	page 9
TITRE III – Réclamation - Médiation	page 10
Article 3-1 : Réclamation	page 10
Article 3-2 : Médiation	page 10

Conformément aux dispositions de l'article 4 des statuts, il est institué un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements entre les membres participants ou honoraires et la Mutuelle en matière de prestations et de cotisations.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.

TITRE I – Les obligations des adhérents envers la mutuelle

CHAPITRE I – CATÉGORIES D'ADHÉRENTS, CONDITIONS D'ADHÉSION, COTISATIONS

Article I-1 Catégorie d'adhérents – Conditions d'adhésion

En application des statuts de la Mutuelle, peuvent adhérer au présent règlement mutualiste :

En tant que membre participant direct, sans limitation d'âge :

- Le fonctionnaire actif (titulaire ou stagiaire) ou retraité relevant de la fonction publique d'Etat ;
- L'agent public (contractuel, auxiliaire ou autre) et ouvriers d'Etat actif ou retraité des administrations, agences, régies, établissements publics ou organismes relevant de la fonction publique d'Etat ;
- Les membres participants directs relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière ayant adhéré à titre individuel avant le 1^{er} juillet 2023 et les membres participants associés qui leur sont rattachés.

En tant que membre participant associé :

- Le conjoint, concubin ou la personne signataire d'un pacte civil de solidarité, assuré social à titre personnel âgé de 75 ans au plus au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion, vivant au foyer du membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou du membre participant associé ;
- À titre transitoire, le conjoint, concubin ou la personne signataire d'un pacte civil de solidarité, assuré social à titre personnel âgé de 75 ans au plus au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion vivant au foyer du membre participant direct relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière et ayant adhéré à la mutuelle avant le 1^{er} juillet 2023 ;
- Les ascendants, des 1^{ers} et 2^{es} degrés (parents, grands-parents), descendants des 1^{er} et 2^{es} degrés (enfants, petits-enfants) et collatéraux des 2^{es}, 3^{es} et 4^{es} degrés (frères, sœurs, oncles, tantes, neveux, nièces, cousins germains) du membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat âgés de 75 ans au plus au 1^{er} janvier de l'année de leur adhésion ;
- Les veufs ou veuves qui, au moment du décès du membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou du membre participant associé étaient garantis en qualité d'ayants droit ;
- Les enfants orphelins qui, au moment du décès du membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou du membre participant associé étaient garantis en qualité d'ayants droit ;
- L'enfant de membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou de membre participant associé, de 16 ans au moins, assuré social à titre personnel et ayant fait le choix de bénéficier d'une garantie santé en son nom propre ;
- Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires.

À leur demande exprime :

- Toute personne qui perd la qualité d'ayant droit d'un assuré garanti en qualité de membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou de membre participant associé, dès lors qu'il n'y a aucune interruption du contrat mutualiste ;
- Le conjoint, concubin ou la personne signataire d'un pacte civil de solidarité assuré social à titre personnel lorsque le lien avec le membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou le membre participant associé par lequel il bénéficiait des prestations de la Mutuelle a été rompu, pour quelque cause que ce soit ;
- Dès lors qu'il était précédemment garanti par un membre participant direct de la fonction publique d'Etat ou un membre participant associé, l'enfant de 16 ans ou plus, ayant droit autonome à sa demande au sens de la Sécurité Sociale et selon les dispositions de l'article L 114-2 du code de la Mutualité ;
- Les agents vacataires enquêteurs et les agents contractuels chargés de la supervision du recensement, pour le compte de l'INSEE ;
- Les apprentis recrutés dans le cadre d'une formation en alternance au sein des services de la fonction publique d'Etat ;
- Toute personne qui ne remplirait plus les conditions pour demeurer membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat mais souhaiterait rester garantie par la Mutuelle.

Les personnes suivantes peuvent bénéficier, en qualité de « bénéficiaire ayant-droit » de la garantie que le membre participant, direct ou associé, a souscrite :

- Ses enfants jusqu'au 31 décembre de son 27^e anniversaire, ayant droit au sens de la Sécurité Sociale ou assuré social à titre personnel.

Article I-2 : Cotisations des adhérents

Les cotisations afférentes à la garantie « Frais de santé » des adhérents sont établies en prenant en compte les critères ci-après.

a) Pour les membres participants directs définis à l'article 1-1 du présent règlement mutualiste :

- Les cotisations afférentes à la garantie « **Frais de santé** » se composent d'une part proportionnelle et d'une part forfaitaire. Elles sont établies en fonction :
 - * Du niveau de garantie « Frais de santé » choisi ;
 - * De l'âge du membre participant apprécié au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion ou de renouvellement de garantie ;
 - * Du traitement indiciaire brut ;
 - * De la situation de l'agent selon qu'il soit en activité, à la retraite ou ayant une activité rémunérée en dehors de l'administration.

- Les cotisations afférentes à la garantie « **Indemnités pour perte de traitement et de salaire** » se composent d'une part proportionnelle. Elles sont établies en fonction du traitement indiciaire brut.

b) Pour les membres participants associés définis à l'article 1-1 du présent règlement mutualiste, les cotisations forfaitaires sont établies en fonction :

- * Du niveau de garantie « Frais de santé » choisi ;
- * De l'âge du membre participant associé direct apprécié au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion ou de renouvellement de garantie.

c) Pour les cotisations forfaitaires des bénéficiaires ayants droit des membres participants définis à l'article 1-1 du présent règlement mutualiste, sont établies en fonction :

- * Du niveau de garantie « Frais de santé » choisi ;
- * De l'âge de l'ayant-droit du membre participant apprécié au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion ou de renouvellement de garantie.

Au-delà de deux enfants, la cotisation n'est pas appliquée pour le ou les enfants ayants-droit supplémentaires. Cette gratuité s'applique au(x) cotisation(s) de l'enfant ou des enfants le(s) plus jeune(s).

Le montant de la cotisation est indiqué dans le bulletin d'adhésion.

d) La cotisation de maintien est ouverte aux membres participants définis dans le tableau ci-après. Son montant est calculé selon les modalités qui suivent :

CATÉGORIES D'ADHÉRENTS	COTISATION PROPORTIONNELLE MENSUELLE	COTISATION FORFAITAIRE ANNUELLE
MEMBRES PARTICIPANTS DIRECTS		
En détachement, hors cadre, en disponibilité, en congé parental, en congé formation, bénéficiant d'une retraite à jouissance différée, signataire d'une rupture conventionnelle	Néant	
Bénéficiant d'un contrat relevant du régime de protection sociale complémentaire en santé de la fonction publique de l'Etat, hors Ministère économique et financier, sans garantie prévoyance collective associée	Cotisation proportionnelle au traitement indiciaire brut (cotisation obligatoire)	
Bénéficiant d'un contrat collectif "collaborateurs" assuré par la Mgéfi	Néant	
Bénéficiant du contrat collectif obligatoire du conjoint, du concubin ou de la personne signataire d'un PACS	Cotisation proportionnelle au traitement indiciaire brut (cotisation obligatoire)	Cotisation forfaitaire
Actifs bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires		
Retraités exerçant une activité privée et bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire	Néant	
Retraités résidant à l'étranger		
Retraités bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires		
MEMBRES PARTICIPANTS ASSOCIÉS		
Actifs et retraités	Néant	Cotisation forfaitaire
Étudiants effectuant un stage à l'étranger (hors Union européenne)		

Article I-3 : Fixation des cotisations

La première période d'adhésion se termine au 31 décembre de l'année en cours. Les garanties se renouvellent ensuite d'année en année, par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations de l'année antérieure.

La cotisation est annuelle et exigible au 1^{er} janvier de l'année de garantie. En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est exigible au 1^{er} jour du mois qui suit la date de l'acte d'adhésion et correspond, prorata temporis, à la couverture pour la période de l'année civile restant à courir.

Les cotisations comprennent la cotisation mensuelle forfaitaire d'action sociale par membre participant appelée par la Mgéfi, en application d'une convention d'appel et d'encaissement, pour le compte des mutuelles énumérées à l'article 11 des présents statuts et afférente à leurs activités.

Les membres participants bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou d'un contrat de sortie CSS relèvent d'un régime particulier d'ordre public. Ils sont donc exonérés du paiement de cette cotisation, les règlements mutualistes des mutuelles énumérées à l'article 11 des statuts de la Mgéfi précisant la situation des membres participants au regard de l'action sociale.

Les cotisations comprennent également les primes liées à la garantie d'assistance et les cotisations

spéciales destinées aux organismes auxquels la Mutuelle adhère.

Chaque année, les plafonds, planchers et cotisations forfaitaires sont susceptibles d'évolution, pour chacun des choix et par catégorie d'adhérents, en fonction notamment de l'évolution des dépenses de santé, sur décision de l'assemblée générale. Ces évolutions s'inscrivent pour les membres participants directs, leurs ayants droit, leurs veufs, veuves et orphelins, dans les conditions fixées par la convention de référencement.

Article I-4 : Majoration de cotisation

• Membres participants directs :

Majoration de cotisation relevant du dispositif de référencement auprès des employeurs publics de la Fonction publique d'État.

En application des dispositions de l'article 16-2° du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et de l'un de ses arrêtés d'application du 19 décembre 2007, la Mutuelle applique une majoration de cotisation en cas d'adhésion tardive.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux adhérents bénéficiant d'un contrat collectif "collaborateurs" assuré par la Mgéfi.

• Membres participants associés :

Dès lors que la demande d'adhésion intervient à l'âge de 70 ans et plus au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion, la personne rejoignant la Mutuelle en qualité de membre participant associé acquitte une cotisation forfaitaire majorée de 30%.

Article I-5 : Cotisation de maintien

1- Membres participants directs

Les membres participants directs :

- En situation de détachement, hors cadre, en disponibilité, en congé parental, en congé formation, bénéficiant d'une retraite à jouissance différée, signataire d'une rupture conventionnelle ;
- Bénéficiant d'un contrat relevant du régime de protection sociale complémentaire en santé de la fonction publique de l'Etat, hors Ministère économique et financier, sans garantie prévoyance collective associée ;
- Bénéficiant du contrat collectif obligatoire du conjoint, concubin ou de la personne signataire d'un PACS ;
- Bénéficiant d'un contrat collectif "collaborateurs" assuré par la Mgéfi ;
- Bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire et ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires ;
- Retraités exerçant une activité privée et bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire ;
- Retraités résidant à l'étranger ;

peuvent opter en cours d'année et dès le fait générateur, pour le versement d'une cotisation de maintien dont le montant est calculé selon les modalités définies à l'article I-2-d du présent règlement.

Toutefois, pour toute nouvelle adhésion, l'option n'est ouverte qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'acte d'adhésion.

Cette cotisation de maintien n'ouvre pas droit aux prestations mais permet de demeurer inscrit au contrat statutaire de prévoyance en inclusion moyennant le paiement de la cotisation correspondante.

Les membres participants bénéficiant du contrat collectif du conjoint, concubin ou de la personne signataire d'un pacs, les membres participants bénéficiant d'un contrat relevant du régime de protection sociale complémentaire en santé de la fonction publique de l'État, hors Ministère économique et financier, sans garantie prévoyance collective associée et les membres participants actifs bénéficiant

de la Complémentaire Santé Solidaire conservent le bénéfice des indemnités pour perte de traitement et de salaire dans les conditions fixées par le chapitre III du titre II du présent règlement. Leur cotisation de maintien comprend obligatoirement une part proportionnelle fixée en pourcentage du TIB.

En outre, la cotisation de maintien permet aux membres de bénéficier des garanties de prévoyance facultatives prévues à l'article 2-20 du présent règlement moyennant le versement des cotisations correspondantes.

Les membres participants directs bénéficiaires du contrat collectif "collaborateurs" assuré par la Mgéfi sont exonérés du paiement de la cotisation de maintien.

2 – Membres participants associés

Les membres participants associés peuvent opter, en cours d'année, pour le versement d'une cotisation de maintien dont le montant est calculé selon les modalités définies à l'article 1-2 d du présent règlement.

Toutefois, pour toute nouvelle adhésion, l'option n'est ouverte qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'acte d'adhésion.

Cette cotisation de maintien n'ouvre pas droit aux prestations mais permet de demeurer inscrit ou de bénéficier des garanties de prévoyance facultatives moyennant le versement des cotisations correspondantes.

Les membres participants associés bénéficiaires du contrat collectif "collaborateurs" assuré par la Mgéfi sont exonérés du paiement de la cotisation de maintien.

CHAPITRE II – PAIEMENT DES COTISATIONS

Article I-6 : Modes de paiement

La cotisation peut être réglée mensuellement par fractionnement de la cotisation annuelle.

Du seul fait de leur adhésion, les membres participants directs autorisent la Mutuelle à faire effectuer sur leurs traitements, leurs émoluments ou leurs pensions la retenue mensuelle des cotisations dont ils sont redevables au titre du contrat mutualiste.

Dans le cas où cette retenue est techniquement impossible, les cotisations sont payables par prélèvement sur leur compte bancaire ou postal.

Les cotisations des membres participants associés sont prélevées sur leur compte bancaire ou postal. Toutefois, les membres participants peuvent choisir de régler, par avance, la totalité de leur cotisation annuelle par chèque, mandat ou virement.

Article I-7 : Exonération de cotisations

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations pendant la durée de la mobilisation ou de la captivité.

Il bénéficie de plein droit, dès son retour, des avantages de la Mutuelle dès lors qu'il s'acquitte, à partir de cette date, de ses obligations statutaires.

Pendant la durée de la mobilisation ou de la captivité, le membre participant n'a pas droit aux avantages accordés par la Mutuelle, le bénéfice en reste cependant acquis à ses ayants droit.

CHAPITRE III – MODIFICATIONS EN COURS D'ADHESION

Article I-8 – Changement de garantie

En cours d'adhésion, le membre participant, direct ou associé, peut demander le changement de niveau de garantie au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile. Elle prend effet au 1^{er} jour de l'année suivante.

La demande de modification de garantie doit être notifiée par lettre ou tout autre support durable.

Pour tenir compte des situations exceptionnelles signalées par les adhérents, des dérogations aux règles peuvent être accordées par le conseil d'administration.

Article I-9 – Rattachement des bénéficiaires ayants droit

Le membre participant peut rattacher un ou des ayant(s) droit à sa complémentaire santé à tout

moment. Si la demande de rattachement est effectuée après son adhésion, elle doit être matérialisée par un bulletin de rattachement rempli, signé et accompagné de l'ensemble des pièces justificatives indiquées sur ce bulletin. La demande prend effet au plus tôt le jour de la demande. Pour les enfants nouveaux nés ou adoptés, le rattachement prend effet au jour de la naissance ou d'adoption.

CHAPITRE IV – RÉSILIATION

Article I-10 : Conditions de résiliation

La demande de résiliation ou de dénonciation d'un membre participant ou d'un membre honoraire est présentée à la Mutuelle dans les conditions prévues par :

- l'article L.221-10 du Code de la mutualité au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile. Elle prend effet au premier jour de l'année suivante ;
- l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, sans frais ni pénalités. Cette résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

Article I-11 : Modalités de résiliation

La notification de la résiliation ou de la dénonciation peut être effectuée au siège de la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ainsi que par tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité.

CHAPITRE V – INFORMATION DE LA MUTUELLE

Article I-12 : Obligations d'information

Sauf cas fortuit ou de force majeure, les adhérents ont l'obligation d'informer la Mutuelle, dans un délai de deux mois, à compter du fait générateur, de tous les événements susceptibles d'influer sur leurs droits et obligations.

À défaut, et en cas de préjudice, la Mutuelle serait fondée à poursuivre le remboursement des prestations indûment versées et l'adhérent ne pourrait prétendre au remboursement des cotisations indûment payées.

Article I-13 : Gestion des prestations

Les membres participants de la Mutuelle perçoivent les prestations par le canal des caisses primaires d'assurance maladie du lieu de domicile s'agissant des prestations assurance maladie obligatoire ou par le canal de la gestion déléguée à Almerys s'agissant des prestations frais de santé ou par des versements directement effectués par la Mutuelle s'agissant des prestations pour perte de traitements et de salaires ou de prévoyance.

À la demande de la Mutuelle, les membres participants doivent mettre à jour leur carte d'assuré social Vitale et le cas échéant celle de leur ayant droit.

En cas de non restitution, à la demande de la Mutuelle, des cartes mutualistes d'ouverture de droits, les cotisations correspondant aux garanties figurant sur ces cartes seront mises en recouvrement.

TITRE II – Les obligations de la Mutuelle envers les adhérents

CHAPITRE I - LES GARANTIES

Article 2-1 : Garanties

Les garanties ci-après sont ouvertes aux catégories d'adhérents définies au Titre I – chapitre I – du présent règlement, ayant fait le choix des formules : Maitri Santé, Vita Santé 2 ou Multi Santé 2.

CATÉGORIES D'ADHÉRENTS		SANTÉ	INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENTS ET SALAIRES	PRÉVENTION	ASSISTANCE	PRÉVOYANCE STATUTAIRE EN INCLUSION	PRÉVOYANCE FACULTATIVE
Membres participants directs	actifs	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	retraités		Non				
Membres participants associés		Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Ayants droit		Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non
Membres participants bénéficiant de la cotisation de maintien		Non	Non (1)	Non	Non	Oui (2)	Oui
Membres honoraires		Non	Non	Non	Non	Non	Non

(1) sauf pour les membres participants directs bénéficiant du contrat collectif obligatoire du conjoint, concubin, personne signataire d'un Pacs, les membres participants directs bénéficiant d'un contrat relevant du régime de protection sociale complémentaire en santé de la fonction publique de l'Etat, hors Ministère économique et financier, sans garantie prévoyance collective associée, ainsi que pour les actifs bénéficiant de la CSS et ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires.

(2) uniquement pour les membres participants directs.

Article 2-2 : Conditions

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

Article 2-3 : Prise d'effet

Le droit aux prestations et services prend effet au 1^{er} jour du mois suivant l'acte d'adhésion. Toutefois, lorsque l'adhésion intervient dans le cadre d'un mandat de résiliation prévu à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité, la garantie prend effet au lendemain de la prise d'effet de la résiliation du précédent contrat souscrit auprès d'un autre organisme d'assurance.

Article 2-4 : Plafond de prise en charge

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Le montant des prestations pécuniaires ne peut être supérieur à la perte de revenus subie par l'adhérent.

Article 2-5 : Prescription et forclusion

Toutes actions dérivant des opérations liées aux garanties santé sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance dans les conditions définies à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue :

- Par une des clauses ordinaires d'interruption de la prescription,
- Par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque,

- Par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,

- Par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations.

La prescription est également suspendue en cas de saisine du médiateur par l'adhérent.

Les demandes de paiement des prestations santé accompagnées des justifications nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de deux ans à compter de la date du décompte effectué par la caisse d'Assurance Maladie.

Concernant les garanties prévoyance, les conditions de prescription, d'interruption de prescription et de forclusion sont celles mentionnées dans les notices d'information de chaque contrat.

Article 2-6 : Dérogations

Sauf dérogations expressément prévues à l'article 2-11 ci-après, la Mutuelle n'intervient que pour les dépenses prises en charge par les caisses d'Assurance maladie.

Le patient choisit librement ses praticiens, fournisseurs et établissements de soins.

Article 2-7 : Subrogation générale

La Mutuelle reçoit, des adhérents, mandat d'encaisser les prestations dues aux bénéficiaires assurés sociaux.

Elle reçoit également des adhérents délégation générale pour procéder, pour leur compte, au règlement des praticiens, établissements ou fournisseurs divers.

Dans ce cas, elle est subrogée de plein droit à l'adhérent pour percevoir les prestations de Sécurité sociale qui sont dues à ce dernier.

Article 2-8 : Subrogation particulière

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

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

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

CHAPITRE II - PRESTATIONS SANTÉ

Article 2-9 : Prestations accrochées

Lorsque les prestations servies par les caisses d'assurance maladie comportent un ticket modérateur, la Mutuelle assure les compléments portés au tableau des prestations annexé au présent règlement, dans les limites fixées dans son article 2-4.

Article 2-10 : Prestations complémentaires

Lorsque les prestations servies par les caisses d'assurance maladie ne comportent pas de ticket modérateur

et que la dépense est supérieure au tarif conventionnel ou au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, la Mutuelle assure des compléments portés au tableau des prestations annexé au présent règlement, dans les limites fixées dans son article 2-4 et le montant de remboursement total indiqué, le cas échéant, en colonne « observations » (sauf indication contraire).

Article 2-II : Prestations spécifiques

Par dérogation aux principes de l'article 2-6, la Mutuelle intervient pour les dépenses non prises en

charge par les caisses d'assurance maladie, portées au tableau des prestations annexé au présent règlement dans les limites fixées par l'article 2.4 du présent règlement.

Sont exclus de la prise en charge des prestations spécifiques, les soins à l'étranger, non inopinés, effectués en dehors de l'Union Européenne et de la Suisse.

CHAPITRE III - INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENT ET DE SALAIRE

Article 2-12 : Définition

En cas de réduction ou de perte de traitements ou de salaires, motivée par la maladie ou l'accident, la Mutuelle verse au membre participant direct en activité, une prestation pécuniaire dénommée indemnité "incapacité" pour perte de traitements et de salaires.

En cas de réduction ou de perte de traitements ou de salaires, motivée par la reconnaissance d'un état d'invalidité temporaire, la Mutuelle verse au membre participant direct, en activité, une prestation pécuniaire dénommée indemnité "invalidité" pour perte de traitements et de salaires.

Article 2-13 : Modalités de calcul

L'indemnité "incapacité" pour perte de traitement et de salaire est calculée au taux de 100% du traitement indiciaire brut (TIB) ou du salaire brut servant au calcul de la part proportionnelle de la cotisation, déduction faite des sommes versées par l'administration ou par l'employeur ou des prestations en espèces de la Sécurité sociale, des cotisations sociales et de la retenue pension civile.

L'indemnité "invalidité" pour perte de traitement et de salaire est calculée au taux de 45% du traitement indiciaire brut (TIB) ou du salaire brut servant au calcul de la part proportionnelle de la cotisation, en complément des sommes versées par l'administration ou par l'employeur ou des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Toute information relative à l'évolution du Traitement Indiciaire Brut (TIB) ou du salaire brut doit être communiquée à la mutuelle avant le 31 octobre de chaque année pour une prise en compte au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 2-14 : Conditions et durée d'attribution

1 - Indemnité "incapacité"

S'agissant des membres participants directs fonctionnaires titulaires :

L'indemnité "incapacité" est versée à compter du jour et tant que le membre participant, en arrêt de travail, est rémunéré à demi traitement par l'administration. Les durées maximales d'attribution de l'indemnité "incapacité" sont les suivantes :

- * 9 mois pour les bénéficiaires d'un congé maladie ordinaire,

- * 2 ans pour les bénéficiaires d'un congé longue maladie,
- * 2 ans pour les bénéficiaires d'un congé de longue durée par suite de maladie contractée hors du service,
- * 3 ans pour les bénéficiaires d'un congé de longue durée par suite de maladie contractée dans le service,
- * 3 ans pour les adhérents placés en position de disponibilité d'office pour raisons de santé.

En outre, l'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé ou licencié, mis à la retraite pour invalidité ou qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

Elle ne peut en aucun cas être versée aux retraités qui exercent une activité salariée.

S'agissant des membres participants directs agents non titulaires :

L'indemnité "incapacité" est versée en complément des Indemnités Journalières de la Sécurité Sociale (IJSS) dès le 1^{er} jour qui suit la cessation du paiement du plein traitement par l'administration. Les durées maximales d'attribution de l'indemnité "incapacité" sont les suivantes :

- * 360 jours pour les bénéficiaires d'un congé maladie ordinaire,
- * 2 ans pour les bénéficiaires d'un congé de grave maladie.

En outre, l'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé ou licencié ou qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

Elle ne peut en aucun cas être versée aux retraités qui exercent une activité salariée

S'agissant des membres participants directs salariés de droit privé :

L'indemnité "incapacité" est versée en complément des IJSS. Les éventuelles indemnités complémentaires (conventionnelles ou contractuelles) viennent en déduction du montant de l'indemnité "incapacité" versée par la Mutuelle. Les durées maximales d'attribution de l'indemnité "incapacité" sont les suivantes :

- * 360 jours pour les bénéficiaires d'un congé ordinaire de maladie,

- * 2 ans en cas d'arrêt de travail en raison d'un accident de travail ou de maladie professionnelle,
- * 3 ans pour les adhérents atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD).

En outre, l'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé ou licencié ou qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

Elle ne peut en aucun cas être versée aux retraités qui exercent une activité salariée.

2 - Indemnité "invalidité"

S'agissant des membres participants directs, fonctionnaires titulaires :

L'indemnité "invalidité" est versée dès la reconnaissance de l'état d'invalidité temporaire.

Est reconnu en état d'invalidité temporaire, le membre participant direct qui, atteint d'une invalidité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail, ne peut ni reprendre immédiatement ses fonctions, ni être mis ou admis à la retraite.

La durée maximale d'attribution de l'indemnité "invalidité" est de 3 ans.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est mis à la retraite pour invalidité ou licencié ou encore qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

S'agissant des membres participants directs, agents non titulaires :

L'indemnité "invalidité" est versée dès la reconnaissance de l'état d'invalidité.

Est reconnu en état d'invalidité, le membre participant direct qui, après une maladie ou un accident, d'origine non professionnelle, voit sa capacité de travail réduite d'au moins 2/3.

La durée maximale d'attribution de l'indemnité "invalidité" est de 3 ans.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé, démissionnaire, licencié ou encore lorsqu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

S'agissant des membres participants directs, salariés de droit privé :

L'indemnité "invalidité" est versée dès la reconnaissance de l'état d'invalidité.

Est reconnu en état d'invalidité, le membre participant direct qui, après une maladie ou un accident, d'origine non professionnelle, voit sa capacité de travail réduite d'au moins 2/3.

La durée maximale d'attribution de l'indemnité "invalidité" est de 3 ans.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé, démissionnaire, licencié ou encore lorsqu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

Article 2-15 : Dispositions particulières

1. Justificatifs

Par son adhésion à la Mgéfi, le membre participant direct donne son accord pour que son employeur communique à la Mutuelle les informations relatives à

sa situation professionnelle et à sa rémunération, ces informations étant strictement réservées à la bonne gestion et à la liquidation des indemnités pour perte de traitements et salaires.

2. Obligation de reversement

Une décision rétroactive de l'administration ou de l'employeur peut conduire l'adhérent à bénéficier d'un traitement ou d'un salaire à taux plein ou à être placé en retraite pour invalidité tout en ayant bénéficié du versement par la mutuelle d'indemnités pour perte de traitements et salaires couvrant la même période. Dans ce cas, les indemnités constituent sur la période concernée des prestations indûment versées.

Par son adhésion à la Mgéfi, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle, dès la première

demande de cette dernière, le montant correspondant aux indemnités indûment versées.

Tout versement d'indemnités au-delà des durées d'attribution prévues à l'article 2-14 du présent règlement constitue une avance remboursable consentie par la Mutuelle. Par son adhésion à la Mgéfi, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle, dès la première demande de cette dernière, le montant correspondant à ces avances.

CHAPITRE IV - PRÉVENTION

Article 2-16 : Généralités

La Mutuelle développe une politique de prévention et promotion de la santé. Cette politique est basée sur une démarche participative de l'adhérent dans le cadre :

- de la convention conclue avec le ministère dans le cadre de l'action sociale ministérielle,
- des actions initiées ou mises en œuvre par les structures mutualistes,

- des actions spécifiques initiées par la Mutuelle.

Article 2-17 : Cadre de la prévention

Les actions de prévention peuvent être développées au plan national ou local.

CHAPITRE V - ASSISTANCE

Article 2-18 : Définition

Les membres participants et leurs ayants droit, en cas d'hospitalisation, y compris en ambulatoire,

ou d'immobilisation imprévue ou programmée, d'événements traumatisants de pathologie lourde ou de perte d'autonomie peuvent prétendre à une garantie assistance.

Les conditions et modalités des garanties sont précisées en annexe II.

CHAPITRE VI - PRÉVOYANCE

Article 2-19 : La prévoyance statutaire en inclusion

Conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité et à l'article 3-2 des statuts, la Mutuelle a contracté auprès de CNP Assurances au profit de ses membres participants directs, des garanties de prévoyance collective couvrant les risques vie et non-vie.

Ces garanties ouvrent droit à des prestations définies dans les conditions prévues par les statuts et les règlements mutualistes de ces structures.

L'adhésion à la Mutuelle entraîne l'inscription du membre participant direct au contrat collectif de prévoyance MO22 couvrant les risques invalidité, décès, dépendance, rente survie dans les conditions fixées par

la notice d'information annexée au présent règlement (annexe III).

Le contrat de prévoyance 6046X couvrant les risques décès-invalidité demeure en inclusion pour ses bénéficiaires.

Article 2-20 : La prévoyance facultative

1. Garantie "perte de primes"

En cas de réduction ou de perte de rémunérations accessoires liées à une incapacité de travail, la Mutuelle propose à ses membres participants directs actifs une garantie à adhésion facultative "perte de primes".

Les conditions et modalités de la garantie sont précisées en annexe IV du présent règlement.

2. Souscription par la Mutuelle de contrats de prévoyance

Afin de les proposer à ses membres participants ainsi qu'à leurs conjoints, concubins ou personnes signataires d'un pacte civil de solidarité, la Mutuelle a souscrit auprès ou par l'intermédiaire de CNP Assurances ou tout autre organisme assurantiel des contrats de prévoyance couvrant les risques vie et non vie.

Ces garanties ouvrent droit à des prestations définies dans les conditions prévues par les statuts et les règlements mutualistes de ces structures et des notices d'information remises aux adhérents bénéficiaires.

Plus généralement, la Mutuelle peut souscrire, dans l'intérêt de ses adhérents, tous contrats de prévoyance auprès d'institutions spécialisées.

CHAPITRE VII - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 2-21 : Délai de versement des prestations santé, indemnités pour perte de traitements et salaires et de la garantie Indemuo – Maintien de primes

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de :

- 6 jours ouvrés en matière de prestations de Frais de santé,

- 12 jours ouvrés pour ce qui concerne les prestations versées au titre des garanties IPTS et Indemuo - maintien des primes.

TITRE III – Réclamation - Médiation

Article 3-1 : Réclamation

Pour tout litige ou différend concernant les garanties du présent règlement mutualiste, le membre participant peut adresser, par tout moyen mis à sa disposition et, en tout état de cause, par lettre simple, une réclamation à l'adresse postale suivante : Mgéfi – 6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10

Article 3-2 : Médiation

Si le litige ou le différend subsiste, le membre participant peut saisir le médiateur, en adressant sa demande par courrier ou sur son site internet au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

Adresse postale : 255, rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15

Site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Les modalités d'intervention du médiateur sont précisées à l'article 76 des statuts et au Titre V du règlement intérieur de la Mutuelle.

ANNEXE I - Tableau des prestations de l'offre Mgéfi Santé

(APPLICABLE AU 1^{ER} JANVIER 2025)

Les prestations sont exprimées soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement défini par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros. Elles sont servies dès la prise d'effet de la garantie, à condition que la date de soins et la date de survenance des événements soient postérieures à la prise d'effet de la garantie.

Lorsque les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date des soins ou des prestations prévues par le tableau de prestations, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

L'offre Mgéfi Santé respecte le cahier des charges des « contrats responsables » fixé aux articles L.871-1 et R.871-2 et suivants du Code de la sécurité sociale et leurs textes d'application. A ce titre, conformément à la législation en vigueur relative aux « contrats responsables », la garantie Frais de santé applique strictement les obligations et les interdictions de prise en charge.

La Mutuelle prend en charge :

- sous réserve des dispositions relatives aux équipements optiques, audiologie et au dentaire, l'intégralité de la participation des assurés prévue à l'article R. 160-5 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, à l'exception, des spécialités et préparations homéopathiques et des frais de cures thermales, sauf si la prise en charge est expressément prévue dans le tableau des prestations ci-après ;

- la participation forfaitaire pour les actes coûteux en ville et en hôpital, dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, prévue par l'article R. 160-16 du Code de la sécurité sociale ;

- la participation forfaitaire pour les passages aux urgences nécessitant des soins non suivis d'une hospitalisation, prévue par l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ;

- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers mentionné à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale, sans limitation de durée ;

- la participation forfaitaire prévue à l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale et s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€ ou affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60.

Dans le cadre des contrats responsables, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire pour consultation et actes médicaux dispensés par des médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie – article 20 de la loi 2004 – 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application ;

- La majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant article 7 de la loi 2004 – 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application (non respect du parcours de soins coordonnés) ;

- Les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations pour les assurés en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant – article 8 de la loi 2004-810 du 13 août 2004 et ses textes

d'application (non respect du parcours de soins coordonnés) ;

- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au dossier médical personnel – article 3 de la loi 2004 – 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application ;

- Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée – article 6 de la loi 2004 – 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application ;

- Les franchises sur les médicaments (à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation) ;

- Les actes d'auxiliaires médicaux (à l'exception de ceux effectués au cours d'une hospitalisation) et les transports (à l'exception des transports d'urgence) – décret n°2007-1937 du 26 décembre 2007.

En outre, la prise en charge des dépassements d'honoraires médicaux est minorée de 20 % du tarif conventionnel lorsque le médecin n'est pas signataire du dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) ou du dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (DPTAM-CO) conformément au 2° de l'article R871-2 CSS.

En cas d'intervention de plusieurs organismes à un même niveau de couverture, les limites prévues par le cahier des charges des contrats responsables seront appliquées en prenant en compte les éventuels remboursements déjà effectués par d'autres organismes.

Les prestations forfaitaires exprimées en euros s'apprécient en année civile hors dispositions particulières prévues par le tableau de prestations.



Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.

Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

	MAITRI SANTE	VITA SANTE 2	MULTI SANTE 2
HOSPITALISATION			
Honoraires médicaux et chirurgicaux y compris en ambulatoire - médecin ayant adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾ - médecin n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾	130% 100%	150% 130%	180% 150%
Forfait patient urgences ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire "actes lourds" (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale) ⁽³⁾	24 €	24 €	24 €
Frais de séjour	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier en court séjour, maternité, soins de suite et réadaptation	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier en psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
CHAMBRE PARTICULIERE <u>DANS</u> LE CADRE D'UN ETABLISSEMENT CONVENTIONNE AVEC MFP AU TITRE DU RFH			
Chambre particulière ⁽⁴⁾ - en maternité - en court séjour - en psychiatrie - en soins de suite et réadaptation	-	50€ / jour 50€ / jour 45€ / jour 40€ / jour	50€ / jour 50€ / jour 45€ / jour 40€ / jour
Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec chirurgie et anesthésie ambulatoire sans nuitée ⁽⁵⁾	-	25€ / jour	25€ / jour
CHAMBRE PARTICULIERE <u>HORS</u> ETABLISSEMENT CONVENTIONNE AVEC MFP AU TITRE DU RFH			
Chambre particulière ⁽⁴⁾ - en médecine, chirurgie obstétrique - en psychiatrie - en soins de suite et réadaptation	-	33€ / jour 30€ / jour 18,50€ / jour	50€ / jour 45€ / jour 40€ / jour
FRAIS D'ACCOMPAGNANT <u>DANS</u> LE CADRE D'UN ETABLISSEMENT CONVENTIONNE AVEC MFP AU TITRE DU RFH			
Frais d'accompagnant en établissements de santé et foyers ou maison d'accueil conventionnés RFH (enfants de moins de 16 ans, adultes de plus de 70 ans, personnes en situation de handicap) ⁽⁴⁾ - en médecine, chirurgie - en psychiatrie - en soins de suite et réadaptation	-	38,50€ / jour 38,50€ / jour 38,50€ / jour	38,50€ / jour 38,50€ / jour 38,50€ / jour
FRAIS D'ACCOMPAGNANT <u>HORS</u> ETABLISSEMENT CONVENTIONNE AVEC MFP AU TITRE DU RFH			
Frais d'accompagnant (enfants de moins de 16 ans, adultes de plus de 70 ans, personnes en situation de handicap)	-	25 € / jour	38,50 € / jour



Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.

	MAITRI SANTE	VITA SANTE 2	MULTI SANTE 2
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Consultations ou visites de médecins généralistes : - médecin ayant adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾ - médecin n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾	100% 100%	100% 100%	100% 100%
Consultations ou visites de médecins spécialistes : - médecin ayant adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾ - médecin n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾	100% 100%	100% 100%	180% 150%
Actes médicaux : - médecin ayant adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾ - médecin n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾	130% 100%	150% 130%	180% 150%
Actes d'imagerie et d'échographie - médecin ayant adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾ - médecin n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾	100% 100%	100% 100%	100% 100%
Consultations ou visites de sages-femmes	100%	100%	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES			
Analyses et examens de laboratoires - médecin ayant adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾ - médecin n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾	100% 100%	100% 100%	100% 100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%
Consultations de psychologies prescrites et prises en charge par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
Consultations de psychologies (psychologue inscrit sur le répertoire ADELI) ⁽⁶⁾	120 €/an limitée à 4 séances par an dans la limite de 30 € par séance	120 €/an limitée à 4 séances par an dans la limite de 30 € par séance	150 €/an limitée à 5 séances par an dans la limite de 30 € par séance
FRAIS DE TRANSPORT			
Frais de transport	100%	100%	100%
MÉDICAMENTS			
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge à hauteur de 65% par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge à hauteur de 30% par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge à hauteur de 15% par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
MATÉRIEL MÉDICAL			
Orthopédie / Prothèses (hors prothèses dentaires et auditives) / Grand Appareillage	100%	200%	200%
Lingerie adaptée aux prothèses mammaires - fournitures complémentaires (coussinet de maintien, produits d'entretien,...)⁽⁶⁾	-	100 €	100 €
Prothèse capillaire totale de classe I⁽⁶⁾	100%	350 €	350 €
Prothèse capillaire totale de classe II⁽⁶⁾	100%	500 €	500 €
Prothèse capillaire partielle⁽⁶⁾	100%	125 €	125 €



Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.

MAITRI
SANTE

VITA
SANTE 2

MULTI
SANTE 2

AIDES AUDITIVES

Dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation du dernier appareil.
Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

EQUIPEMENTS DU PANIER 100% SANTÉ ⁽⁷⁾

Prothèse auditive	Remboursement total de la dépense engagée		
-------------------	---	--	--

PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ ET HORS RÉSEAU SANTECLAIR

Prothèse auditive pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ou atteint de cécité	1400 €	1400 €	1590 €
Prothèse auditive pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	400 €	660 €	890 €

PROTHÈSE HORS 100% SANTÉ DANS LE RÉSEAU SANTECLAIR

Prothèse auditive pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ou atteint de cécité	1400 €	1590 €	1590 €
Prothèse auditive pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	400 €	890 €	890 €

ACCESSOIRE

Entretien, fournitures et accessoires	100%	50 €	50 €
---------------------------------------	------	------	------



OPTIQUE

Dans la limite d'un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date de facturation du dernier équipement pour les bénéficiaires de 16 ans et plus et par dérogation tous les ans en cas d'évolution de la vue.

Dans la limite d'un équipement complet tous les ans à compter de la date de facturation pour les bénéficiaires de moins de 16 ans.

Dans la limite d'un équipement complet tous les 6 mois à compter de la date de facturation pour les bénéficiaires de moins de 6 ans.

EQUIPEMENTS DU PANIER 100% SANTÉ ⁽⁷⁾

Monture	Remboursement total de la dépense engagée
Verre - tous types de corrections	
Prestations et suppléments optique	

EQUIPEMENTS HORS PANIER 100% SANTÉ ET HORS RÉSEAU SANTECLAIR

Monture	30,03 €	50,03 €	80,03 €
Verre simple unifocal ⁽⁸⁾	35,03 €	35,03 €	85,03 €
Verre complexe unifocal ⁽⁹⁾	85,03 €	85,03 €	160,03 €
Verre complexe multifocal ou progressif ⁽⁹⁾	85,03 €	85,03 €	160,03 €
Verre très complexe multifocal ou progressif ⁽¹⁰⁾	85,03 €	85,03 €	160,03 €

EQUIPEMENTS HORS PANIER 100% SANTÉ DANS LE RÉSEAU SANTECLAIR

Monture	30,03 €	60,03 €	80,03 €
Verre simple unifocal ⁽⁸⁾	35,03 €	60,03 €	85,03 €
Verre complexe unifocal ⁽⁹⁾	85,03 €	135,03 €	160,03 €
Verre complexe multifocal ou progressif ⁽⁹⁾	85,03 €	135,03 €	160,03 €
Verre très complexe multifocal ou progressif ⁽¹⁰⁾	85,03 €	135,03 €	160,03 €

Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.

	MAITRI SANTÉ	VITA SANTÉ 2	MULTI SANTÉ 2
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUE			
Prestations et suppléments optique	100%	100%	100%
LENTILLES CORRECTRICES			
Lentilles correctrices prescrites prises en charge ou non par la Sécurité Sociale	85 €/an	100 €/an	130 €/an
Lentilles correctrices prescrites à très fortes corrections (dioptrie supérieure à 6) non prises en charge par la Sécurité Sociale	85 €/an	100 €/an	130 €/an
CHIRURGIE RÉFRACTIVE			
Chirurgie réfractive (par oeil)	-	250 €/an	250 €/an

SUPPLÉMENTS OPTIQUES

	Maitri Santé, Vita Santé 2, Multi Santé 2		
Références des suppléments	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans
Prisme souple l'unité	30 €	-	-
Lunettes à coques	50 €	-	-
Prisme incorporé	-	20 €	20 €
Système antiptosis	-	100 €	100 €
Filtre chromatique ou UV	-	20 €	20 €
Verre iséïconique	-	28 € + part SS	28 € + part SS
Filtre occlusion l'unité	10 €	-	-



DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES DU PANIER 100% SANTÉ ⁽⁷⁾

Couronne transitoire dento-portée	Remboursement total de la dépense engagée
Inlay core	
Couronne définitive	
Bridge dento-portée	
Prothèse amovible à plaque base résine	
Réparation sur prothèse amovible en résine	

SOINS HORS PANIER 100% SANTÉ

Soins conservateurs, consultation, chirurgie et radiologie	100%	100%	100%
Parodontie et endodontie			
Acte thérapeutique sur parodonte pris en charge par la Sécurité sociale	100%	100% BR + 250€ /an	100%
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	-	250 € / an	-

Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.

	MAITRI SANTÉ	VITA SANTÉ 2	MULTI SANTÉ 2
PROTHÈSES HORS PANIER 100% SANTÉ À TARIFS MAÎTRISÉS OU LIBRES			
Inlay-onlay	130 €	130 €	160 €
Inlay core	117 €	154 €	166 €
Couronne transitoire	13 €	56,70 €	59 €
Couronne céramo-monolithique (zircone) sur molaire	156 €	267,15 €	428 €
Couronne céramo-monolithique (hors zircone) sur 2 ^e prémolaire et molaire	156 €	267,15 €	488 €
Couronne céramo-métallique sur 2 ^e prémolaire	156 €	267,15 €	488 €
Couronne céramo-métallique sur molaire	156 €	267,15 €	488 €
Couronne céramo-céramique sur incisive, canine ou 1 ^{ère} prémolaire	156 €	469,95 €	488 €
Couronne céramo-céramique sur 2 ^e prémolaires et molaires	156 €	267,15 €	488 €
Bridge 3 éléments (2 piliers et 1 élément intermédiaire)	363,35 €	1142,05 €	1142,05 €
Autre bridge 3 éléments (2 piliers et 1 élément intermédiaire)	363,35 €	1167,70 €	1437,05 €
2 ^e et 3 ^e élément intermédiaire de bridge	0,13 €	110,06 €	110,06 €
A partir du 4 ^e élément intermédiaire de bridge	13,97 €	116,45 €	116,45 €
Pilier de bridge supplémentaire	139,75 €	174,50 €	174,50 €
PROTHÈSES AMOVIBLES HORS PANIER 100% SANTÉ			
Prothèse définitive de 1 à 4 dents	130%	De 716,10 € à 722,55 €	De 781,10 € à 787,55 €
Prothèse définitive de 5 à 8 dents	130%	De 879 € à 898,35 €	De 949 € à 968,35 €
Prothèse définitive de 9 à 13 dents	130%	De 1154,80 € à 1180,60 €	De 1264,80 € à 1290,60 €
Prothèse définitive de 14 dents	130%	1287,05 €	1407,05 €
Rebasage	-	244 €	244 €
Réparation sur fêlure ou fracture, adjonction de dents et crochets	130%	100% BR + 244 €	100% BR + 244 €
Orthodontie			
Traitements pris en charge par la Sécurité sociale	130% / semestre	593,50 € / semestre	593,50 € / semestre
Autres actes (visites, examen, suivi contention)	130%	250%	250%
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	200 € / semestre
Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale			
Implant (à l'exclusion du pilier implantaire ou du faux-moignon), dans la limite de 2 implants sur une période de 2 ans	-	480 €	1000 €
Couronne implantoportée	139,75 € par prothèse	233,75 € par prothèse	364,50 € par prothèse



Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.

PREVENTION ET MEDECINES ALTERNATIVES

Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale
Contraceptifs non pris en charge par la Sécurité sociale
Test de grossesse non pris en charge par la Sécurité sociale
Amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale
Caryotype fœtal non pris en charge par la Sécurité sociale
Bilan acoustique nouveau-né
Substituts nicotiniques non pris en charge par la Sécurité sociale
Consultation de diététicien ⁽⁶⁾

**MAITRI
SANTE**

**VITA
SANTE 2**

**MULTI
SANTE 2**

150 € / an

150 € / an

150 € / an

Activité physique adaptée sur prescription médicale pour les patients atteints d'une affection de longue durée et dispensée par un professionnel autorisé (au sens des dispositions des articles L1172-1 et D 1172-2 du Code de la santé publique) ⁽⁶⁾

60 € / an

80 € / an

120 € / an

CURES THERMALES

Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires

-

100%

100%

Forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport

-

100%

100%

MÉDECINES DOUCES

Ostéopathie, chiropratique, sophrologie, acupuncture ⁽¹⁾,
pédicurie, podologie, bilan psychomotricité ⁽⁶⁾

75 €/an
limité à 3 séances
par an dans la limite
de 25 € par séance

100 €/an
limité à 4 séances
par an dans la limite
de 25 € par séance

125 €/an
limité à 5 séances
par an dans la limite
de 25 € par séance

(1) Les dispositifs DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) et DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnelles de santé conventionnés. Pour savoir si le médecin est adhérent au dispositif DPTAM & DPTAM-CO, rendez-vous sur l'annuaire santé d'Ameli.

(2) Le forfait patient urgence est réduit à 8,49€ pour les patients reconnus en affection de longue durée (ALD) et les bénéficiaires d'une rente d'accident de travail ou d'une maladie professionnelle avec une incapacité inférieure aux deux tiers.

(3) La participation forfaitaire de 24€ s'applique aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120€ ou affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60.

(4) Sans condition de durée. Prestation purement mutuelle pour hébergement comportant au moins une nuitée dans la limite du tarif négocié par MFP (*) dans le cadre du Règlement Fédéral Hospitalier (RFH).

(5) Prestation purement mutuelle. Établissement conventionné RFH ayant intégré le Conventionnement Hospitalier Mutualiste (CHM) pour la chambre particulière en ambulatoire.

(6) Sur présentation de la facture acquittée.

(7) Soins, prothèses et équipements 100% Santé tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente, des honoraires limites de facturation et des plafonds définis par la réglementation.

(8) Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.

(9) Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6 ; verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.

(10) Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.

(11) Pour l'acupuncture ; le TM (30% BR) est également pris en charge par la mutuelle.

BR : Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

MFP : Mutualité Fonction Publique.

RFH : Règlement Fédéral Hospitalier.



Les annexes au règlement mutualiste, citées ci-dessous, sont disponibles sur notre site internet : www.mgefi.fr

ANNEXE II

Notice d'assistance

ANNEXE III

Notice d'information

Contrat prévoyance Premuo M022 en inclusion
souscrit par la Mgéfi

ANNEXE IV

Dispositions générales et particulières de la garantie
Indemuo-Maintien de primes





MGEFI207 - 10/2024

Règlement mutualiste **Mgéfi Santé**

mgéfi.fr

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité – Siren : 499 982 098
6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10 – www.mgefi.fr



Règlement mutualiste **Zeni Santé**





Règlement mutualiste Zeni Santé

(applicable au 1^{er} janvier 2025)

PRÉAMBULE

L'adhésion à la Mutuelle est régie par :

- le code de la mutualité,
- les statuts et le règlement intérieur de la Mutuelle,
- le présent règlement mutualiste,
- le bulletin d'adhésion.

Le présent règlement mutualiste, régi par les dispositions du Livre II du Code la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements existants entre d'une part, le membre participant et ses bénéficiaires ayants droit, d'autre part, la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Il détermine les conditions d'application des garanties frais de santé souscrites par les membres participants à titre individuel.

Le membre participant est tenu de s'y conformer au même titre que les statuts et le règlement intérieur de la Mutuelle.

Toutes les garanties visées par le présent règlement s'inscrivent dans le dispositif des contrats solidaires et responsables.

Les garanties ne sont pas susceptibles de bénéficier des exonérations dites « Loi Madelin » (la loi du 11 février 1994 n° 94-126 - Art 154 bis et article 62 du Code général des Impôts).

Le choix effectué s'applique à l'ensemble des bénéficiaires ayants droit.

La Mutuelle fournit au futur membre participant, avant l'adhésion, un bulletin d'adhésion, une fiche d'information et de conseil ainsi que les statuts, le règlement intérieur, le règlement mutualiste de la Mutuelle, les documents d'information normalisés sur les produits d'assurance « Frais de santé », « Indemnités de perte de traitement et de salaire » et « Prémuo M022 », la notice d'information « Prémuo M022 », le tableau des exemples de remboursements, les statuts et règlement de la Mutuelle d'action sociale ainsi que la notice d'information relative aux garanties d'assistance.

SOMMAIRE

TITRE I – Les obligations des adhérents envers la mutuelle	page 4
CHAPITRE I – CATÉGORIES D'ADHÉRENTS, CONDITIONS D'ADHÉSION, COTISATIONS	page 4
Article I-1 : Catégorie d'adhérents - Conditions d'adhésion	page 4
Article I-2 : Cotisations des adhérents	page 4
Article I-3 : Fixation des cotisations	page 5
Article I-4 : Majoration de cotisation	page 5
Article I-5 : Cotisation de maintien	page 5
CHAPITRE II – PAIEMENT DES COTISATIONS	page 6
Article I-6 : Modes de paiement	page 6
Article I-7 : Exonération de cotisations	page 6
CHAPITRE III – MODIFICATIONS EN COURS D'ADHÉSION	page 6
Article I-8 : Rattachement des bénéficiaires ayants droit	page 6
CHAPITRE IV – RÉSILIATION	page 6
Article I-9 : Conditions de résiliation	page 6
Article I-10 : Modalités de résiliation	page 6
CHAPITRE V – INFORMATION DE LA MUTUELLE	page 6
Article I-II : Obligations d'information	page 6
Article I-12 : Gestion des prestations	page 6

TITRE II – Les obligations de la mutuelle envers les adhérents	page 7
CHAPITRE I – LES GARANTIES	page 7
Article 2-1 : Garanties	page 7
Article 2-2 : Conditions	page 7
Article 2-3 : Prise d'effet	page 7
Article 2-4 : Plafond de prise en charge	page 7
Article 2-5 : Prescription et forclusion	page 7
Article 2-6 : Dérogations	page 7
Article 2-7 : Subrogation générale	page 7
Article 2-8 : Subrogation particulière	page 7
CHAPITRE II – PRESTATIONS SANTÉ	page 8
Article 2-9 : Prestations accrochées	page 8
Article 2-10 : Prestations complémentaires	page 8
Article 2-11 : Prestations spécifiques	page 8
CHAPITRE III – INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENT ET DE SALAIRE	page 8
Article 2-12 : Définition	page 8
Article 2-13 : Modalités de calcul	page 8
Article 2-14 : Conditions et durée d'attribution	page 8
Article 2-15 : Dispositions particulières	page 9
CHAPITRE IV – PRÉVENTION	page 9
Article 2-16 : Généralités	page 9
Article 2-17 : Cadre de la prévention	page 9
CHAPITRE V – ASSISTANCE	page 9
Article 2-18 : Définition	page 9
CHAPITRE VI – PRÉVOYANCE	page 9
Article 2-19 : La prévoyance statutaire en inclusion	page 9
Article 2-20 : La prévoyance facultative	page 9
CHAPITRE VII – DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	page 9
Article 2-21 : Délai de versement des prestations santé, indemnités pour perte de traitements et salaires et de la garantie Indemuo – Maintien de primes	page 9
TITRE III – Réclamation - Médiation	page 10
Article 3-1 : Réclamation	page 10
Article 3-2 : Médiation	page 10

Conformément aux dispositions de l'article 4 des statuts, il est institué un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements entre les membres participants ou honoraires et la Mutuelle en matière de prestations et de cotisations.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.

TITRE I – Les obligations des adhérents envers la mutuelle

CHAPITRE I – CATÉGORIES D'ADHÉRENTS, CONDITIONS D'ADHÉSION, COTISATIONS

Article I-1 Catégorie d'adhérents – Conditions d'adhésion

En application des statuts de la Mutuelle, peuvent adhérer au présent règlement mutualiste :

En tant que membre participant direct, sans limitation d'âge :

- Le fonctionnaire actif (titulaire ou stagiaire) ou retraité relevant de la fonction publique d'Etat ;
- L'agent public (contractuel, auxiliaire ou autre) et ouvriers d'Etat actif ou retraité des administrations, agences, régies, établissements publics ou organismes relevant de la fonction publique d'Etat ;
- Les membres participants directs relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière ayant adhéré à titre individuel avant le 1^{er} juillet 2023 et les membres participants associés qui leur sont rattachés.

En tant que membre participant associé :

- Le conjoint, concubin ou la personne signataire d'un pacte civil de solidarité, assuré social à titre personnel âgé de 75 ans au plus au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion, vivant au foyer du membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou du membre participant associé ;
- À titre transitoire, le conjoint, concubin ou la personne signataire d'un pacte civil de solidarité, assuré social à titre personnel âgé de 75 ans au plus au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion vivant au foyer du membre participant direct relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière et ayant adhéré à la mutuelle avant le 1^{er} juillet 2023 ;
- Les ascendants, des 1^{ers} et 2^{es} degrés (parents, grands-parents), descendants des 1^{er} et 2^{es} degrés (enfants, petits-enfants) et collatéraux des 2^{es}, 3^{es} et 4^{es} degrés (frères, sœurs, oncles, tantes, neveux, nièces, cousins germains) du membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat âgés de 75 ans au plus au 1^{er} janvier de l'année de leur adhésion ;
- Les veufs ou veuves qui, au moment du décès du membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou du membre participant associé étaient garantis en qualité d'ayants droit ;
- Les enfants orphelins qui, au moment du décès du membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou du membre participant associé étaient garantis en qualité d'ayants droit ;
- L'enfant de membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou de membre participant associé, de 16 ans au moins, assuré social à titre personnel et ayant fait le choix de bénéficier d'une garantie santé en son nom propre ;
- Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires.

À leur demande expresse :

- Toute personne qui perd la qualité d'ayant droit d'un assuré garanti en qualité de membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou de membre participant associé, dès lors qu'il n'y a aucune interruption du contrat mutualiste ;
- Le conjoint, concubin ou la personne signataire d'un pacte civil de solidarité assuré social à titre personnel lorsque le lien avec le membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat ou le membre participant associé par lequel il bénéficiait des prestations de la Mutuelle a été rompu, pour quelque cause que ce soit ;
- Dès lors qu'il était précédemment garanti par un membre participant direct de la fonction publique d'Etat ou un membre participant associé, l'enfant de 16 ans ou plus, ayant droit autonome à sa demande au sens de la Sécurité Sociale et selon les dispositions de l'article L 114-2 du code de la Mutualité ;
- Les agents vacataires enquêteurs et les agents contractuels chargés de la supervision du recensement, pour le compte de l'INSEE ;
- Les apprentis recrutés dans le cadre d'une formation en alternance au sein de la fonction publique d'Etat ;
- Toute personne qui ne remplirait plus les conditions pour demeurer membre participant direct relevant de la fonction publique d'Etat mais souhaiterait rester garantie par la Mutuelle.

Les personnes suivantes peuvent bénéficier, en qualité de « bénéficiaire ayant-droit » de la garantie que le membre participant, direct ou associé, a souscrite :

- Ses enfants jusqu'au 31 décembre de son 27^e anniversaire, ayant droit au sens de la Sécurité Sociale ou assuré social à titre personnel.

Article I-2 : Cotisations des adhérents

Les cotisations afférentes à la garantie « Frais de santé » des adhérents sont établies en prenant en compte les critères ci-après.

a) Pour les membres participants directs définis à l'article 1-1 du présent règlement mutualiste :

- Les cotisations afférentes à la garantie « **Frais de santé** » se composent d'une part proportionnelle et d'une part forfaitaire. Elles sont établies en fonction :
 - Du niveau de garantie « Frais de santé » choisi ;
 - De l'âge apprécié du membre participant direct au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion ou de renouvellement de garantie ;
 - Du traitement indiciaire brut ;
 - De la situation de l'agent selon qu'il soit en activité, à la retraite ou ayant une activité rémunérée en dehors de l'administration.

- Les cotisations afférentes à la garantie « **Indemnités pour perte de traitement et de salaire** » se composent d'une part proportionnelle. Elles sont établies en fonction :

- Du traitement indiciaire brut ;

b) Pour les membres participants associés définis à l'article 1-1 du présent règlement mutualiste, les cotisations forfaitaires sont établies en fonction :

- Du niveau de garantie « Frais de santé » choisi ;
- De l'âge apprécié du membre participant associé direct au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion ou de renouvellement de garantie.

c) Pour les cotisations forfaitaires des bénéficiaires ayants droit des membres participants définis à l'article 1-1 du présent règlement mutualiste, sont établies en fonction :

- Du niveau de garantie « Frais de santé » choisi ;
- De l'âge apprécié de l'ayant-droit du membre participant au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion ou de renouvellement de garantie.

Au-delà de deux enfants, la cotisation n'est pas appliquée pour le ou les enfants ayants-droit supplémentaires. Cette gratuité s'applique au(x) cotisation(s) de l'enfant ou des enfants le(s) plus jeune(s).

Le montant de la cotisation est indiqué dans le bulletin d'adhésion.

d) La cotisation de maintien est ouverte aux membres participants définis dans le tableau ci-après. Son montant est calculé selon les modalités qui suivent :

CATÉGORIES D'ADHÉRENTS	COTISATION PROPORTIONNELLE MENSUELLE	COTISATION FORFAITAIRE ANNUELLE
MEMBRES PARTICIPANTS DIRECTS		
En détachement, hors cadre, en disponibilité, en congé parental, en congé formation, bénéficiant d'une retraite à jouissance différée, signataire d'une rupture conventionnelle	Néant	
Bénéficiaire d'un contrat relevant du régime de protection sociale complémentaire en santé de la fonction publique de l'Etat, hors Ministère économique et financier, sans garantie prévoyance collective associée	Cotisation proportionnelle au traitement indiciaire brut (cotisation obligatoire)	
Bénéficiaire d'un contrat collectif "collaborateurs" assuré par la Mgéfi	Néant	
Bénéficiaire du contrat collectif obligatoire du conjoint, du concubin ou de la personne signataire d'un PACS	Cotisation proportionnelle au traitement indiciaire brut (cotisation obligatoire)	Cotisation forfaitaire
Actifs bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires		
Retraités exerçant une activité privée et bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire	Néant	
Retraités résidant à l'étranger		
Retraités bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires		
MEMBRES PARTICIPANTS ASSOCIÉS		
Actifs et retraités	Néant	Cotisation forfaitaire
Étudiants effectuant un stage à l'étranger (hors Union européenne)		

Article I-3 : Fixation des cotisations

La première période d'adhésion se termine au 31 décembre de l'année en cours. Les garanties se renouvellent ensuite d'année en année, par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations de l'année antérieure.

La cotisation est annuelle et exigible au 1^{er} janvier de l'année de garantie. En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est exigible au 1^{er} jour du mois qui suit la date de l'acte d'adhésion et correspond, prorata temporis, à la couverture pour la période de l'année civile restant à courir.

Les cotisations comprennent la cotisation mensuelle forfaitaire d'action sociale par membre participant appelée par la Mgéfi, en application d'une convention d'appel et d'encaissement, pour le compte des mutuelles énumérées à l'article 11 des présents statuts et afférente à leurs activités.

Les membres participants bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou d'un contrat de sortie CSS relèvent d'un régime particulier d'ordre public. Ils sont donc exonérés du paiement de cette cotisation, les règlements mutualistes des mutuelles énumérées à l'article 11 des statuts de la Mgéfi précisant la situation des membres participants au regard de l'action sociale.

Les cotisations comprennent également les primes liées à la garantie d'assistance et les cotisations

spéciales destinées aux organismes auxquels la Mutuelle adhère.

Chaque année, les plafonds, planchers et cotisations forfaitaires sont susceptibles d'évolution, pour chacun des choix et par catégorie d'adhérents, en fonction notamment de l'évolution des dépenses de santé, sur décision de l'assemblée générale. Ces évolutions s'inscrivent pour les membres participants directs, leurs ayants droit, leurs veufs, veuves et orphelins, dans les conditions fixées par la convention de référencement.

Article I-4 : Majoration de cotisation

• Membres participants directs :

Majoration de cotisation relevant du dispositif de référencement auprès des employeurs publics de la Fonction publique d'État.

En application des dispositions de l'article 16-2° du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et de l'un de ses arrêtés d'application du 19 décembre 2007, la Mutuelle applique une majoration de cotisation en cas d'adhésion tardive.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux adhérents bénéficiant d'un contrat collectif "collaborateurs" assuré par la Mgéfi.

• Membres participants associés :

Dès lors que la demande d'adhésion intervient à l'âge de 70 ans et plus au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion, la personne rejoignant la Mutuelle en qualité de membre

participant associé acquitte une cotisation forfaitaire majorée de 30%.

Article I-5 : Cotisation de maintien

1 – Membres participants directs

Les membres participants directs :

- En situation de détachement, hors cadre, en disponibilité, en congé parental, en congé formation, bénéficiant d'une retraite à jouissance différée, signataire d'une rupture conventionnelle ;
- Bénéficiaire d'un contrat relevant du régime de protection sociale complémentaire en santé de la fonction publique de l'Etat, hors Ministère économique et financier, sans garantie prévoyance collective associée ;
- Bénéficiaire du contrat collectif obligatoire du conjoint, concubin ou de la personne signataire d'un PACS ;
- Bénéficiaire d'un contrat collectif "collaborateurs" assuré par la Mgéfi ;
- Bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire et ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires ;
- Retraités exerçant une activité privée et bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire ;
- Retraités résidant à l'étranger ;

peuvent opter en cours d'année et dès le fait générateur, pour le versement d'une cotisation de maintien dont le montant est calculé selon les modalités définies à l'article 1-2-d du présent règlement.

Toutefois, pour toute nouvelle adhésion, l'option n'est ouverte qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'acte d'adhésion.

Cette cotisation de maintien n'ouvre pas droit aux prestations mais permet de demeurer inscrit au contrat statutaire de prévoyance en inclusion moyennant le paiement de la cotisation correspondante.

Les membres participants bénéficiant du contrat collectif du conjoint, concubin ou de la personne signataire d'un pacs, les membres participants bénéficiant d'un contrat relevant du régime de protection sociale complémentaire en santé de la fonction publique de l'État, hors Ministère économique

et financier, sans garantie prévoyance collective associée et les membres participants actifs bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire conservent le bénéfice des indemnités pour perte de traitement et de salaire dans les conditions fixées par le chapitre III du titre II du présent règlement. Leur cotisation de maintien comprend obligatoirement une part proportionnelle fixée en pourcentage du TIB.

En outre, la cotisation de maintien permet aux membres de bénéficier des garanties de prévoyance facultatives prévues à l'article 2-20 du présent règlement moyennant le versement des cotisations correspondantes.

Les membres participants directs bénéficiaires du contrat collectif "collaborateurs" assuré par la Mgéfi sont exonérés du paiement de la cotisation de maintien.

2 – Membres participants associés

Les membres participants associés peuvent opter, en cours d'année, pour le versement d'une cotisation de maintien dont le montant est calculé selon les modalités définies à l'article 1-2 du présent règlement.

Toutefois, pour toute nouvelle adhésion, l'option n'est ouverte qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'acte d'adhésion.

Cette cotisation de maintien n'ouvre pas droit aux prestations mais permet de demeurer inscrit ou de bénéficier des garanties de prévoyance facultatives moyennant le versement des cotisations correspondantes.

Les membres participants associés bénéficiaires du contrat collectif "collaborateurs" assuré par la Mgéfi sont exonérés du paiement de la cotisation de maintien.

CHAPITRE II – PAIEMENT DES COTISATIONS

Article I-6 : Modes de paiement

La cotisation peut être réglée mensuellement par fractionnement de la cotisation annuelle.

Du seul fait de leur adhésion, les membres participants directs autorisent la Mutuelle à faire effectuer sur leurs traitements, leurs émoluments ou leurs pensions la retenue mensuelle des cotisations dont ils sont redevables au titre du contrat mutualiste.

Dans le cas où cette retenue est techniquement impossible, les cotisations sont payables par prélèvement sur leur compte bancaire ou postal.

Les cotisations des membres participants associés sont prélevées sur leur compte bancaire ou postal. Toutefois, les membres participants peuvent choisir de régler, par avance, la totalité de leur cotisation annuelle par chèque, mandat ou virement.

Article I-7 : Exonération de cotisations

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations pendant la durée de la mobilisation ou de la captivité.

Il bénéficie de plein droit, dès son retour, des avantages de la Mutuelle dès lors qu'il s'acquitte, à partir de cette date, de ses obligations statutaires.

Pendant la durée de la mobilisation ou de la captivité, le membre participant n'a pas droit aux avantages accordés par la Mutuelle, le bénéfice en reste cependant acquis à ses ayants droit.

CHAPITRE III – MODIFICATIONS EN COURS D'ADHESION

Article I-8 – Rattachement des bénéficiaires ayants droit

Le membre participant peut rattacher un ou des ayant(s) droit à sa complémentaire santé à tout moment. Si la demande de rattachement est effectuée

après son adhésion, elle doit être matérialisée par un bulletin de rattachement rempli, signé et accompagné de l'ensemble des pièces justificatives indiquées sur ce bulletin. La demande prend effet au plus tôt le jour de la demande. Pour les enfants nouveaux nés ou adoptés,

le rattachement prend effet au jour de la naissance ou d'adoption.

CHAPITRE IV – RÉSILIATION

Article I-9 : Conditions de résiliation

La demande de résiliation ou de dénonciation d'un membre participant ou d'un membre honoraire est présentée à la Mutuelle dans les conditions prévues par :

- l'article L.221-10 du Code de la mutualité au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile. Elle prend effet au premier jour de l'année suivante ;
- l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, sans frais ni pénalités. Cette résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

Article I-10 : Modalités de résiliation

La notification de la résiliation ou de la dénonciation peut être effectuée au siège de la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ainsi que par tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité.

CHAPITRE V – INFORMATION DE LA MUTUELLE

Article I-II : Obligations d'information

Sauf cas fortuit ou de force majeure, les adhérents ont l'obligation d'informer la Mutuelle, dans un délai de deux mois, à compter du fait générateur, de tous les événements susceptibles d'influer sur leurs droits et obligations.

À défaut, et en cas de préjudice, la Mutuelle serait fondée à poursuivre le remboursement des prestations indûment versées et l'adhérent ne pourrait prétendre au remboursement des cotisations indûment payées.

Article I-12 : Gestion des prestations

Les membres participants de la Mutuelle perçoivent les prestations par le canal des caisses primaires d'assurance maladie du lieu de domicile s'agissant des prestations assurance maladie obligatoire ou par le canal de la gestion déléguée à Almerys s'agissant des prestations frais de santé ou par des versements directement effectués par la Mutuelle s'agissant des prestations pour perte de traitements et de salaires ou de prévoyance.

À la demande de la Mutuelle, les membres participants doivent mettre à jour leur carte d'assuré social Vitale et le cas échéant celle de leur ayant droit.

En cas de non restitution, à la demande de la Mutuelle, des cartes mutualistes d'ouverture de droits, les cotisations correspondant aux garanties figurant sur ces cartes seront mises en recouvrement.

TITRE II – Les obligations de la Mutuelle envers les adhérents

CHAPITRE I - LES GARANTIES

Article 2-1 : Garanties

Les garanties ci-après sont ouvertes aux catégories d'adhérents définies au Titre I – chapitre I – du présent règlement, ayant fait le choix de l'offre Zéni Santé.

CATÉGORIES D'ADHÉRENTS		SANTÉ	INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENTS ET SALAIRES	PRÉVENTION	ASSISTANCE	PRÉVOYANCE STATUTAIRE EN INCLUSION	PRÉVOYANCE FACULTATIVE
Membres participants directs	actifs	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	retraités		Non				
Membres participants associés		Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Ayants droit		Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non
Membres participants bénéficiant de la cotisation de maintien		Non	Non ⁽¹⁾	Non	Non	Oui ⁽²⁾	Oui
Membres honoraires		Non	Non	Non	Non	Non	Non

(1) sauf pour les membres participants directs bénéficiant du contrat collectif obligatoire du conjoint, concubin, personne signataire d'un Pacs, les membres participants directs bénéficiant d'un contrat relevant du régime de protection sociale complémentaire en santé de la fonction publique de l'Etat, hors Ministère économique et financier, sans garantie prévoyance collective associée, ainsi que pour les actifs bénéficiant de la CSS et ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires.

(2) uniquement pour les membres participants directs.

Article 2-2 : Conditions

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

Article 2-3 : Prise d'effet

Le droit aux prestations et services prend effet au 1^{er} jour du mois suivant l'acte d'adhésion. Toutefois, lorsque l'adhésion intervient dans le cadre d'un mandat de résiliation prévu à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité, la garantie prend effet au lendemain de la prise d'effet de la résiliation du précédent contrat souscrit auprès d'un autre organisme d'assurance.

Article 2-4 : Plafond de prise en charge

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Le montant des prestations pécuniaires ne peut être supérieur à la perte de revenus subie par l'adhérent.

Article 2-5 : Prescription et forclusion

Toutes actions dérivant des opérations liées aux garanties santé sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance dans les conditions définies à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue :

- Par une des clauses ordinaires d'interruption de la prescription,
- Par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque,

- Par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,

- Par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations.

La prescription est également suspendue en cas de saisine du médiateur par l'adhérent.

Les demandes de paiement des prestations santé accompagnées des justifications nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de deux ans à compter de la date du décompte effectué par la caisse d'Assurance Maladie.

Concernant les garanties prévoyance, les conditions de prescription, d'interruption de prescription et de forclusion sont celles mentionnées dans les notices d'information de chaque contrat.

Article 2-6 : Dérogations

Sauf dérogations expressément prévues à l'article 2-11 ci-après, la Mutuelle n'intervient que pour les dépenses prises en charge par les caisses d'Assurance maladie.

Le patient choisit librement ses praticiens, fournisseurs et établissements de soins.

Article 2-7 : Subrogation générale

La Mutuelle reçoit, des adhérents, mandat d'encaisser les prestations dues aux bénéficiaires assurés sociaux.

Elle reçoit également des adhérents délégation générale pour procéder, pour leur compte, au règlement des praticiens, établissements ou fournisseurs divers.

Dans ce cas, elle est subrogée de plein droit à l'adhérent pour percevoir les prestations de Sécurité sociale qui sont dues à ce dernier.

Article 2-8 : Subrogation particulière

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

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

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

CHAPITRE II – PRESTATIONS SANTÉ

Article 2-9 : Prestations accrochées

Lorsque les prestations servies par les caisses d'assurance maladie comportent un ticket modérateur, la Mutuelle assure les compléments portés au tableau des prestations annexé au présent règlement, dans les limites fixées dans son article 2-4.

Article 2-10 : Prestations complémentaires

Lorsque les prestations servies par les caisses d'assurance maladie ne comportent pas de ticket modérateur

et que la dépense est supérieure au tarif conventionnel ou au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, la Mutuelle assure des compléments portés au tableau des prestations annexé au présent règlement, dans les limites fixées dans son article 2-4 et le montant de remboursement total indiqué, le cas échéant, en colonne « observations » (sauf indication contraire).

Article 2-II : Prestations spécifiques

Par dérogation aux principes de l'article 2-6, la Mutuelle intervient pour les dépenses non prises en

charge par les caisses d'assurance maladie, portées au tableau des prestations annexé au présent règlement dans les limites fixées par l'article 2.4 du présent règlement.

Sont exclus de la prise en charge des prestations spécifiques, les soins à l'étranger, non inopinés, effectués en dehors de l'Union Européenne et de la Suisse.

CHAPITRE III – INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENT ET DE SALAIRE

Article 2-12 : Définition

En cas de réduction ou de perte de traitements ou de salaires, motivée par la maladie ou l'accident, la Mutuelle verse au membre participant direct en activité, une prestation pécuniaire dénommée indemnité "incapacité" pour perte de traitements et de salaires.

En cas de réduction ou de perte de traitements ou de salaires, motivée par la reconnaissance d'un état d'invalidité temporaire, la Mutuelle verse au membre participant direct, en activité, une prestation pécuniaire dénommée indemnité "invalidité" pour perte de traitements et de salaires.

Article 2-13 : Modalités de calcul

L'indemnité "incapacité" pour perte de traitement et de salaire est calculée au taux de 100% du traitement indiciaire brut (TIB) ou du salaire brut servant au calcul de la part proportionnelle de la cotisation, déduction faite des sommes versées par l'administration ou par l'employeur ou des prestations en espèces de la Sécurité sociale, des cotisations sociales et de la retenue pension civile.

L'indemnité "invalidité" pour perte de traitement et de salaire est calculée au taux de 45% du traitement indiciaire brut (TIB) ou du salaire brut servant au calcul de la part proportionnelle de la cotisation, en complément des sommes versées par l'administration ou par l'employeur ou des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Toute information relative à l'évolution du Traitement Indiciaire Brut (TIB) ou du salaire brut doit être communiquée à la mutuelle avant le 31 octobre de chaque année pour une prise en compte au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 2-14 : Conditions et durée d'attribution

1 – Indemnité "incapacité"

S'agissant des membres participants directs fonctionnaires titulaires :

L'indemnité "incapacité" est versée à compter du jour et tant que le membre participant, en arrêt de travail, est rémunéré à demi traitement par l'administration. Les durées maximales d'attribution de l'indemnité "incapacité" sont les suivantes :

- 9 mois pour les bénéficiaires d'un congé maladie ordinaire,

- 2 ans pour les bénéficiaires d'un congé longue maladie,
- 2 ans pour les bénéficiaires d'un congé de longue durée par suite de maladie contractée hors du service,
- 3 ans pour les bénéficiaires d'un congé de longue durée par suite de maladie contractée dans le service,
- 3 ans pour les adhérents placés en position de disponibilité d'office pour raisons de santé.

En outre, l'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé ou licencié, mis à la retraite pour invalidité ou qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

Elle ne peut en aucun cas être versée aux retraités qui exercent une activité salariée.

S'agissant des membres participants directs agents non titulaires :

L'indemnité "incapacité" est versée en complément des Indemnités Journalières de la Sécurité Sociale (IJSS) dès le 1^{er} jour qui suit la cessation du paiement du plein traitement par l'administration. Les durées maximales d'attribution de l'indemnité "incapacité" sont les suivantes :

- 360 jours pour les bénéficiaires d'un congé maladie ordinaire,
- 2 ans pour les bénéficiaires d'un congé de grave maladie.

En outre, l'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé ou licencié ou qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

Elle ne peut en aucun cas être versée aux retraités qui exercent une activité salariée

S'agissant des membres participants directs salariés de droit privé :

L'indemnité "incapacité" est versée en complément des IJSS. Les éventuelles indemnités complémentaires (conventionnelles ou contractuelles) viennent en déduction du montant de l'indemnité "incapacité" versée par la Mutuelle. Les durées maximales d'attribution de l'indemnité "incapacité" sont les suivantes :

- 360 jours pour les bénéficiaires d'un congé ordinaire de maladie,

- 2 ans en cas d'arrêt de travail en raison d'un accident de travail ou de maladie professionnelle,
- 3 ans pour les adhérents atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD).

En outre, l'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé ou licencié ou qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

Elle ne peut en aucun cas être versée aux retraités qui exercent une activité salariée.

2 – Indemnité "invalidité"

S'agissant des membres participants directs, fonctionnaires titulaires :

L'indemnité "invalidité" est versée dès la reconnaissance de l'état d'invalidité temporaire.

Est reconnu en état d'invalidité temporaire, le membre participant direct qui, atteint d'une invalidité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail, ne peut ni reprendre immédiatement ses fonctions, ni être mis ou admis à la retraite.

La durée maximale d'attribution de l'indemnité "invalidité" est de 3 ans.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est mis à la retraite pour invalidité ou licencié ou encore qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

S'agissant des membres participants directs, agents non titulaires :

L'indemnité "invalidité" est versée dès la reconnaissance de l'état d'invalidité.

Est reconnu en état d'invalidité, le membre participant direct qui, après une maladie ou un accident, d'origine non professionnelle, voit sa capacité de travail réduite d'au moins 2/3.

La durée maximale d'attribution de l'indemnité "invalidité" est de 3 ans.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé, démissionnaire, licencié ou encore lorsqu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

S'agissant des membres participants directs, salariés de droit privé :

L'indemnité "invalidité" est versée dès la reconnaissance de l'état d'invalidité.

Est reconnu en état d'invalidité, le membre participant direct qui, après une maladie ou un accident, d'origine non professionnelle, voit sa capacité de travail réduite d'au moins 2/3.

La durée maximale d'attribution de l'indemnité "invalidité" est de 3 ans.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé, démissionnaire, licencié ou encore lorsqu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

Article 2-15 : Dispositions particulières

1. Justificatifs

Par son adhésion à la Mgéfi, le membre participant direct donne son accord pour que son employeur communique à la Mutuelle les informations relatives à

sa situation professionnelle et à sa rémunération, ces informations étant strictement réservées à la bonne gestion et à la liquidation des indemnités pour perte de traitements et salaires.

2. Obligation de reversement

Une décision rétroactive de l'administration ou de l'employeur peut conduire l'adhérent à bénéficier d'un traitement ou d'un salaire à taux plein ou à être placé en retraite pour invalidité tout en ayant bénéficié du versement par la mutuelle d'indemnités pour perte de traitements et salaires couvrant la même période. Dans ce cas, les indemnités constituent sur la période concernée des prestations indûment versées.

Par son adhésion à la Mgéfi, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle, dès la première

demande de cette dernière, le montant correspondant aux indemnités indûment versées.

Tout versement d'indemnités au-delà des durées d'attribution prévues à l'article 2-14 du présent règlement constitue une avance remboursable consentie par la Mutuelle. Par son adhésion à la Mgéfi, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle, dès la première demande de cette dernière, le montant correspondant à ces avances.

CHAPITRE IV – PRÉVENTION

Article 2-16 : Généralités

La Mutuelle développe une politique de prévention et promotion de la santé. Cette politique est basée sur une démarche participative de l'adhérent dans le cadre :

- de la convention conclue avec le ministère dans le cadre de l'action sociale ministérielle,
- des actions initiées ou mises en œuvre par les structures mutualistes,

- des actions spécifiques initiées par la Mutuelle.

Article 2-17 : Cadre de la prévention

Les actions de prévention peuvent être développées au plan national ou local.

CHAPITRE V – ASSISTANCE

Article 2-18 : Définition

Les membres participants et leurs ayants droit, en cas d'hospitalisation, y compris en ambulatoire,

ou d'immobilisation imprévue ou programmée, d'événements traumatisants de pathologie lourde ou de perte d'autonomie peuvent prétendre à une garantie assistance.

Les conditions et modalités des garanties sont précisées en annexe II.

CHAPITRE VI – PRÉVOYANCE

Article 2-19 : La prévoyance statutaire en inclusion

Conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité et à l'article 3-2 des statuts, la Mutuelle a contracté auprès de CNP Assurances au profit de ses membres participants directs, des garanties de prévoyance collective couvrant les risques vie et non-vie.

Ces garanties ouvrent droit à des prestations définies dans les conditions prévues par les statuts et les règlements mutualistes de ces structures.

L'adhésion à la Mutuelle entraîne l'inscription du membre participant direct au contrat collectif de prévoyance MO22 couvrant les risques invalidité, décès, dépendance, rente survie dans les conditions fixées par

la notice d'information annexée au présent règlement (annexe III).

Le contrat de prévoyance 6046X couvrant les risques décès-invalidité demeure en inclusion pour ses bénéficiaires.

Article 2-20 : La prévoyance facultative

1. Garantie "perte de primes"

En cas de réduction ou de perte de rémunérations accessoires liées à une incapacité de travail, la Mutuelle propose à ses membres participants directs actifs une garantie à adhésion facultative "perte de primes".

Les conditions et modalités de la garantie sont précisées en annexe IV du présent règlement.

2. Souscription par la Mutuelle de contrats de prévoyance

Afin de les proposer à ses membres participants ainsi qu'à leurs conjoints, concubins ou personnes signataires d'un pacte civil de solidarité, la Mutuelle a souscrit auprès ou par l'intermédiaire de CNP Assurances ou tout autre organisme assurantiel des contrats de prévoyance couvrant les risques vie et non vie.

Ces garanties ouvrent droit à des prestations définies dans les conditions prévues par les statuts et les règlements mutualistes de ces structures et des notices d'information remises aux adhérents bénéficiaires.

Plus généralement, la Mutuelle peut souscrire, dans l'intérêt de ses adhérents, tous contrats de prévoyance auprès d'institutions spécialisées.

CHAPITRE VII – DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 2-21 : Délai de versement des prestations santé, indemnités pour perte de traitements et salaires et de la garantie Indemuo – Maintien de primes

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de :

- 6 jours ouvrés en matière de prestations de Frais de santé,

- 12 jours ouvrés pour ce qui concerne les prestations versées au titre des garanties IPTS et Indemuo - maintien des primes.

TITRE III – Réclamation - Médiation

Article 3-1 : Réclamation

Pour tout litige ou différend concernant les garanties du présent règlement mutualiste, le membre participant peut adresser, par tout moyen mis à

sa disposition et, en tout état de cause, par lettre simple, une réclamation à l'adresse postale suivante :

Mgéfi – 6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10

Article 3-2 : Médiation

Si le litige ou le différend subsiste, le membre participant peut saisir le médiateur, en adressant sa demande par courrier ou sur son site internet au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

Adresse postale : 255, rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15

Site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Les modalités d'intervention du médiateur sont précisées à l'article 76 des statuts et au Titre V du règlement intérieur de la Mutuelle.

ANNEXE I - Tableau des prestations de l'offre Zeni Santé

Les prestations sont exprimées soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement défini par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros. Elles sont servies dès la prise d'effet de la garantie, à condition que la date de soins et la date de survenance des événements soient postérieures à la prise d'effet de la garantie.

Lorsque les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date des soins ou des prestations prévues par le tableau de prestations, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

L'offre Zeni Santé respecte le cahier des charges des « contrats responsables » fixé aux articles L.871-1 et R.871-2 et suivants du Code de la sécurité sociale et leurs textes d'application. A ce titre, conformément à la législation en vigueur relative aux « contrats responsables », la garantie Frais de santé applique strictement les obligations et les interdictions de prise en charge.

La Mutuelle prend en charge :

- sous réserve des dispositions relatives aux équipements optiques, audiologie et au dentaire, l'intégralité de la participation des assurés prévue à l'article R. 160-5 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, à l'exception, des spécialités et préparations homéopathiques et des frais de cures thermales, sauf si la prise en charge est expressément prévue dans le tableau des prestations ci-après ;
- la participation forfaitaire pour les actes coûteux en ville et en hôpital, dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, prévue par l'article R. 160-16 du Code de la sécurité sociale ;

- la participation forfaitaire pour les passages aux urgences nécessitant des soins non suivis d'une hospitalisation, prévue par l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ;

- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers mentionné à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale, sans limitation de durée ;

- la participation forfaitaire prévue à l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale et s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€ ou affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60.

Dans le cadre des contrats responsables, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire pour consultation et actes médicaux dispensés par des médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie - article 20 de la loi 2004 - 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application ;

- La majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant article 7 de la loi 2004 - 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application (non respect du parcours de soins coordonnés) ;

- Les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations pour les assurés en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant - article 8 de la loi 2004-810 du 13 août 2004 et ses textes d'application (non respect du parcours de soins coordonnés) ;

- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au dossier médical personnel - article 3 de la loi 2004 - 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application ;

- Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de

longue durée - article 6 de la loi 2004 - 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application ;

- Les franchises sur les médicaments (à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation) ;

- Les actes d'auxiliaires médicaux (à l'exception de ceux effectués au cours d'une hospitalisation) et les transports (à l'exception des transports d'urgence) - décret n°2007-1937 du 26 décembre 2007.

En outre, la prise en charge des dépassements d'honoraires médicaux est minorée de 20 % du tarif conventionnel lorsque le médecin n'est pas signataire du dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) ou du dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (DPTAM-CO) conformément au 2° de l'article R871-2 CSS.

En cas d'intervention de plusieurs organismes à un même niveau de couverture, les limites prévues par le cahier des charges des contrats responsables seront appliquées en prenant en compte les éventuels remboursements déjà effectués par d'autres organismes.

Les prestations forfaitaires exprimées en euros s'apprécient en année civile.



Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.

Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

ZENI SANTE

HOSPITALISATION

Honoraires médicaux et chirurgicaux y compris en ambulatoire

- médecin ayant adhéré à l'un des OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾
- médecin n'ayant pas adhéré à l'un des OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾

250%
200%

Forfait patient urgences ⁽²⁾

Frais réels

Participation forfaitaire "actes lourds"

(visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale) ⁽³⁾

24 €

Frais de séjour

100%

Forfait journalier hospitalier en court séjour, maternité, soins de suite et réadaptation

Frais réels

Forfait journalier hospitalier en psychiatrie

Frais réels

Chambre particulière ⁽⁴⁾

- en maternité
- en court séjour
- en psychiatrie
- en soins de suite et réadaptation

65€ / jour
65€ / jour
65€ / jour
50€ / jour

Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec chirurgie et anesthésie ambulatoire sans nuitée ⁽⁵⁾

30€ / jour

Frais d'accompagnant en établissements de santé et foyers ou maison d'accueil (enfants de moins de 16 ans, adultes de plus de 70 ans, personnes en situation de handicap) ⁽⁴⁾

- en médecine, chirurgie
- en psychiatrie
- en soins de suite et réadaptation

38,50€ / jour
38,50€ / jour
38,50€ / jour



SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Consultations ou visites de médecins généralistes :

- médecin ayant adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾
- médecin n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾

180%
150%

Consultations ou visites de médecins spécialistes :

- médecin ayant adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾
- médecin n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾

250%
200%

Actes médicaux :

- médecin ayant adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾
- médecin n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾

250%
200%

Actes d'imagerie et d'échographie

- médecin ayant adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾
- médecin n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾

150%
130%

Consultations ou visites de sages-femmes

100%

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES

Analyses et examens de laboratoires

- médecin ayant adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾
- médecin n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM ou DPTAM-CO ⁽¹⁾

150%
130%



SOINS COURANTS

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Auxiliaires médicaux	130%
Consultations de psychologies prescrites et prises en charge par la Sécurité sociale	100%
Consultations de psychologies (psychologue inscrit sur le répertoire ADELI) ⁽⁶⁾	250 €/an limitée à 5 séances par an dans la limite de 50 € par séance

FRAIS DE TRANSPORT

Frais de transport	100%
--------------------	------

MÉDICAMENTS

Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge à hauteur de 65% par la Sécurité sociale	100%
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge à hauteur de 30% par la Sécurité sociale	100%
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge à hauteur de 15% par la Sécurité sociale	100%
Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale	50€

MATÉRIEL MÉDICAL

Prothèses oculaires	300 %
Orthopédie / Prothèses (hors prothèses dentaires et auditives) / Grand Appareillage	200%
Lingerie adaptée aux prothèses mammaires - fournitures complémentaires (coussinet de maintien, produits d'entretien,...) ⁽⁶⁾	100 €
Prothèse capillaire totale de classe I ⁽⁶⁾	350 €
Prothèse capillaire totale de classe II ⁽⁶⁾	500 €
Prothèse capillaire partielle ⁽⁶⁾	125 €



AIDES AUDITIVES

Dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation du dernier appareil.
Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

EQUIPEMENTS DU PANIER 100% SANTÉ ⁽⁷⁾

Prothèse auditive	Remboursement total de la dépense engagée
-------------------	--

EQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES

Prothèse auditive pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ou atteint de cécité	1590 €
Prothèse auditive pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	1030 € Forfait par prothèse versé les deux premières années suivant l'adhésion à l'offre * 1130 € Forfait par prothèse versé à partir de la troisième année suivant l'adhésion à l'offre*

ACCESSOIRE

Entretien, fournitures et accessoires (piles, embout auriculaire, coque, ...)	50 €
---	------



OPTIQUE

Dans la limite d'un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date de facturation du dernier équipement pour les bénéficiaires de 16 ans et plus et par dérogation tous les ans en cas d'évolution de la vue.

Dans la limite d'un équipement complet tous les ans à compter de la date de facturation pour les bénéficiaires de moins de 16 ans.

Dans la limite d'un équipement complet tous les 6 mois à compter de la date de facturation pour les bénéficiaires de moins de 6 ans.

EQUIPEMENTS DU PANIER 100% SANTÉ ⁽⁷⁾

Monture	Remboursement total de la dépense engagée
Verre - tous types de corrections	
Prestations et suppléments optique	

EQUIPEMENTS HORS PANIER 100% SANTÉ

Monture	100,03 €
Verre simple unifocal ⁽⁸⁾	100,03 €
Verre complexe unifocal ⁽⁹⁾	180,03 € Forfait par prothèse versé les deux premières années suivant l'adhésion à l'offre *
Verre complexe multifocal ou progressif ⁽⁹⁾	200,03 € Forfait par prothèse versé à partir de la troisième année suivant l'adhésion à l'offre *
Verre très complexe multifocal ou progressif ⁽¹⁰⁾	

AUTRES PRESTATIONS OPTIQUE

Prestations et suppléments optique	100%
------------------------------------	------

LENTILLES CORRECTRICES

Lentilles correctrices prescrites prises en charge ou non par la Sécurité Sociale	150 €/an
Lentilles correctrices prescrites à très fortes corrections (dioptrie supérieure à 6) non prises en charge par la Sécurité Sociale	300 €/an

CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Chirurgie réfractive (par oeil)	500 €/an
---------------------------------	----------

SUPPLÉMENTS OPTIQUES

Références des suppléments	Zeni Santé		
	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans
Prisme souple l'unité	30 €	-	-
Lunettes à coques	50 €	-	-
Prisme incorporé	-	20 €	20 €
Système antiptosis	-	100 €	100 €
Filtre chromatique ou UV	-	20 €	20 €
Verre iséïconique	-	28 € + part SS	28 € + part SS
Filtre occlusion l'unité	10 €	-	-



DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES DU PANIER 100% SANTÉ ⁽⁷⁾

Couronne transitoire dento-portée	Remboursement total de la dépense engagée
Inlay core	
Couronne définitive	
Bridge dento-portée	
Prothèse amovible à plaque base résine	
Réparation sur prothèse amovible en résine	

SOINS HORS PANIER 100% SANTÉ

Soins conservateurs, consultation, chirurgie et radiologie	100%
Acte thérapeutique sur parodonte pris en charge par la Sécurité sociale	100% + 500€
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	500 €/an
Inlay-onlay	360 €
Inlay core	166 €
Couronne transitoire	59 €
Couronne céramo-monolithique (zircone) sur molaire	428 €
Couronne céramo-monolithique (hors zircone) sur 2° prémolaire et molaire	538 €
Couronne céramo-métallique sur 2° prémolaire	
Couronne céramo-métallique sur toute dent	<p>538 € Forfait par prothèse versé les deux premières années suivant l'adhésion à l'offre *</p> <p>588 € Forfait par prothèse versé à partir de la troisième année suivant l'adhésion à l'offre *</p>
Bridge 3 éléments (2 piliers et 1 élément intermédiaire)	1607 €
2° et 3° élément intermédiaire de bridge	550,06 €
A partir du 4° élément intermédiaire de bridge	556,45 €
Pilier de bridge supplémentaire	614,50 €
PROTHÈSES AMOVIBLES HORS PANIER 100% SANTÉ	
Prothèse définitive de 1 à 4 dents	De 781,10 € à 787,55 €
Prothèse définitive de 5 à 8 dents	De 949 € à 968,35 €
Prothèse définitive de 9 à 13 dents	De 1264,80 € à 1290,60 €
Prothèse définitive de 14 dents	1407,05 €
Rebasage	244 €
Réparation sur fêlure ou fracture, adjonction de dents et crochets	100% BR + 244 €



DENTAIRE

Orthodontie

Traitements pris en charge par la Sécurité sociale	593,50 €/ semestre
Autres actes (visites, examen, suivi contention)	350%
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	500 € / semestre

Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale

Implant	900 € Forfait par implant versé les deux premières années suivant l'adhésion à l'offre dans la limite de 2 implants sur une période de 2 ans * 1000 € Forfait par implant versé à partir de la troisième année suivant l'adhésion à l'offre dans la limite de 2 implants sur une période de 2 ans *
Pilier sur implant et chirurgie	Forfait de 300 € Forfait par pilier, dans la limite de 2 piliers sur une période de 2 ans*
Couronne implantoportée	530,50 € par prothèse



PREVENTION ET MEDECINES ALTERNATIVES

<ul style="list-style-type: none"> - Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale - Contraceptifs non pris en charge par la Sécurité sociale - Test de grossesse non pris en charge par la Sécurité sociale - Amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale - Caryotype foetal non pris en charge par la Sécurité sociale - Bilan acoustique nouveau-né - Substituts nicotiniques non pris en charge par la Sécurité sociale - Consultation de diététicien ⁽⁶⁾ 	150 € / an
Activité physique adaptée sur prescription médicale pour les patients atteints d'une affection de longue durée et dispensée par un professionnel autorisé (au sens des dispositions des articles L1172-1 et D 1172-2 du Code de la santé publique) ⁽⁶⁾	240 € / an

CURES THERMALES

Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	100%
Forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport Frais complémentaires, soins supplémentaires à ceux prévus dans le forfait thermal, compléments tarifaires	100% + 200 €

MÉDECINES DOUCES

Ostéopathie, chiropratique, sophrologie, acupuncture ⁽¹²⁾ , pédicurie, podologie, bilan psychomotricité ⁽⁶⁾	250 €/an limité à 5 séances par an dans la limite de 50 € par séance
---	---

- (1) Les dispositifs DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) et DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnelles de santé conventionnés. Pour savoir si le médecin est adhérent au dispositif DPTAM & DPTAM-CO, rendez-vous sur l'annuaire santé d'Ameli.
- (2) Le forfait patient urgence est réduit à 8,49€ pour les patients reconnus en affection de longue durée (ALD) et les bénéficiaires d'une rente d'accident de travail ou d'une maladie professionnelle avec une incapacité inférieure aux deux tiers.
- (3) La participation forfaitaire de 24€ s'applique aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120€ ou affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60.
- (4) Sans condition de durée. Prestation purement mutuelle pour hébergement comportant au moins une nuitée dans la limite du tarif négocié par MFP (*) dans le cadre du Règlement Fédéral Hospitalier (RFH).
- (5) Prestation purement mutuelle. Établissement conventionné RFH ayant intégré le Conventionnement Hospitalier Mutualiste (CHM) pour la chambre particulière en ambulatoire.
- (6) Sur présentation de la facture acquittée.
- (7) Soins, prothèses et équipements 100% Santé tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente, des honoraires limites de facturation et des plafonds définis par la réglementation.
- (8) Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.
- (9) Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6; verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4; verres multifocaux ou progressifs sphérocyindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.
- (11) Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.
- (12) Pour l'acupuncture; le TM (30% BR) est également pris en charge par la mutuelle.

BR : Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.



Les annexes au règlement mutualiste, citées ci-dessous, sont disponibles sur notre site internet : www.mgefi.fr

ANNEXE II

Notice d'assistance

ANNEXE III

Notice d'information

Contrat prévoyance Premuo M022 en inclusion
souscrit par la Mgéfi

ANNEXE IV

Dispositions générales et particulières de la garantie
Indemuo-Maintien de primes





MGEFI-092 - 12/2024

Règlement mutualiste **Zeni Santé**

mgéfi.fr

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité – Siren : 499 982 098
6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10 – www.mgefi.fr

