Annexe 2 - Tableaux des prestations

ACTES MÉDICAUX COURANTS				
Nature des frais	PRESTATIONS Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
1. Consultations/Visites médecins généralistes, médecins spécialistes en médecine générale et sages-femmes (dans/hors du parcours de soins coordonnés)	30%	30%	30%	30%
2. Consultations/Visites médecins spécialistes 2.1 dans le parcours de soins coordonnés : - médecin ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*, - médecin n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* 2.2 hors parcours de soins coordonnés.	30% 30% 30%	80% 60% 30%	30% 30% 30%	130% 105% 30%
3. Actes techniques dont radiologie 3.1 dans le parcours de soins coordonnés : - praticien ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*, - praticien n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* 3.2 hors parcours de soins coordonnés.	30% 30% 30%	55% 30% 30%	30% 30% 30%	55% 30% 30%
4. Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale	18€	18€	18€	18€
5. Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	40%	65%	40%	65%
6. Analyses - actes de laboratoire	40%	65%	40%	65%
7. Psychothérapie (dans la limite de 20 séances/an)	10€/séance	15€/séance	15€/séance	20€/séance

* Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

PHARMACIE
Selon conditions définies à l'article 13 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	PRESTATIONS Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
8. Médicaments - Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65 % - Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	35 % 70 %	35 % 70 %	35 % 70 %	35 % 70 %
- Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 % - Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Néant	Forfait 25 € / an	Néant	Forfait 50 € / an
9. Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale	35 %	35 %	35 %	35%

FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT
Selon conditions définies à l'article 10 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	PRESTATIONS Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
10. Ostéopathie	75 € / an	125 € / an	75 € / an	150 € / an
11. Actes médicaux d'acupuncture				
12. Homéopathie non remboursable				
13. Consultations diététicien				
14. Chiropraxie				

FORFAIT PRÉVENTION
Selon conditions définies à l'article 11 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	PRESTATIONS Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits. .			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
15. Contraception / Tests de grossesse	75 € / an	125 € / an	75 € / an	150 € / an
16. Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale				
17. Sevrage tabagique				
18. Bilan psychomotricité	Néant		Néant	
19. Ostéodensitométrie	Néant	Néant	Néant	

HOSPITALISATION
Selon conditions définies à l'article 9 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	PRESTATIONS Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
20. Honoraires médicaux hospitaliers				
- Ticket modérateur	20 %	20 %	20 %	20 %
- Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale	18 €	18 €	18 €	18 €
- Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement				
• médecin ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* ;	Néant	50 %	50 %	100 %
• médecin n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*.	Néant	30 %	30 %	75 %

*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

21. Hébergement et frais de séjour	20 %	20 %	20 %	20 %
- Forfait journalier hospitalier	18 €	18 €	18 €	18 €
- Forfait journalier psychiatrie	13,50 €	13,50 €	13,50 €	13,50 €
22. Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée				
22.1 **Prestation non conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement non conventionné avec MGEN pour cette prestation.				
- Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	Néant	33 €/nuitée	33 €/nuitée	33 €/nuitée
- Psychiatrie	Néant	30 €/nuitée	30 €/nuitée	30 €/nuitée
- Soins de suite et de réadaptation	Néant	18,50 €/nuitée	18,50 €/nuitée	18,50 €/nuitée
22.2 **Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation.				
- Médecine, chirurgie, obstétrique	45 €/nuitée	45 €/nuitée	45 €/nuitée	45 €/nuitée
- Maternité	50 €/nuitée	50 €/nuitée	50 €/nuitée	50 €/nuitée
- Psychiatrie	40 €/nuitée	40 €/nuitée	40 €/nuitée	40 €/nuitée
- Soins de suite et de réadaptation	35 €/nuitée	35 €/nuitée	35 €/nuitée	35 €/nuitée
23. Chambre particulière en cas de séjour en ambulatoire en chirurgie avec anesthésie, sans nuitée **Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation.	15 €	15 €	15 €	15 €
24. Frais d'accompagnant Participation accordée pour l'accompagnement d'un mutualiste : - de moins de 16 ans - ou de plus de 70 ans - ou en situation de handicap 24.1 **Prestation non conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement non conventionné avec MGEN pour cette prestation. Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN	Néant	25 €/nuitée	25 €/nuitée	25 €/nuitée
24.2 **Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH).	38,50 €/nuitée	38,50 €/nuitée	38,50 €/nuitée	38,50 €/nuitée

Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN il peut bénéficier, de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.
L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir, la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.

OPTIQUE									
Nature des frais		**PRESTATIONS**							
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.							
		MGEN Initiale		**MGEN Equilibre**		**MGEN Référence**		**MGEN Intégrale**	
Type de verre	**Codification Sécurité sociale**	**Prestations hors réseaux agréés**	**Prestations dans les réseaux agréés***	**Prestations hors réseaux agréés**	**Prestations dans les réseaux agréés***	**Prestations hors réseaux agréés**	**Prestations dans les réseaux agréés***	**Prestations hors réseaux agréés**	**Prestations dans les réseaux agréés***
25. Optique (sur prescription médicale) La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un opticien lunetier.		Par verre **		Par verre **		Par verre **		Par verre **	
Prestations avant 18 ans									
Verre unifocal de faible et moyenne correction Sphère de – 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à + 4.00	2261874 2200393	22,50 €	27 €	22,50 €	27 €	33,75 €	45 €	45 €	60 €
Verre unifocal de forte correction Sphère au-delà de + 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à + 4.00	2283953 2243304 2243540 2273854 2238941 2245036	90 €	108 €	90 €	108 €	90 €	120 €	100 €	133,33 €
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction sphère de – 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de – 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre	2259245 2240671	90 €	108 €	90 €	108 €	90 €	120 €	120 €	160 €
Verre progressif ou multifocal de forte correction Sphère au-delà de + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de + 8.00 en présence d'un cylindre	2238792 2234239	90 €	108 €	90 €	108 €	90 €	120 €	120 €	160 €
Monture l'unité **	2210546	20 €		20 €		35 €		45 €	
Prestations à partir de 18 ans									
Verre unifocal de faible et moyenne correction Sphère de – 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à + 4.00	2203240 2259966	22,50 €	27 €	22,50 €	27 €	45 €	60 €	60 €	80 €
Verre unifocal de forte correction Sphère au-delà de + 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à + 4.00	2284527 2280660 2282793 2235776 2212976 2288519	85 €	102 €	85 €	102 €	105 €	140 €	120 €	160 €
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction Sphère de – 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de – 8,00 à + 8,00 en présence d'un cylindre	2290396 2227038	85 €	102 €	85 €	102 €	105 €	140 €	120 €	160 €
Verre progressif ou multifocal de forte correction Sphère au-delà de + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de + 8.00 en présence d'un cylindre	2245384 2202239	85 €	102 €	85 €	102 €	120 €	160 €	150 €	200 €
Monture l'unité **	2223342	30 €		30 €		60 €		90 €	

OPTIQUE								
Nature des frais	**PRESTATIONS**							
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.							
	MGEN Initiale		**MGEN Equilibre**		**MGEN Référence**		**MGEN Intégrale**	
Type de verre	**Prestations hors réseaux agréés**	**Prestations dans les réseaux agréés***	**Prestations hors réseaux agréés**	**Prestations dans les réseaux agréés***	**Prestations hors réseaux agréés**	**Prestations dans les réseaux agréés***	**Prestations hors réseaux agréés**	**Prestations dans les réseaux agréés***
Lentilles de contact correctrices quel que soit l'âge								
- Prises en charge par la Sécurité sociale - Non prises en charge par la Sécurité sociale	50 €/an		100 €/an		110 €/an		170 € /an	
Pour les lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale prise en charge du ticket modérateur au-delà du forfait annuel ci-dessus	40 %		40 %		40 %		40 %	
Suppléments divers								
Prisme incorporé moins de 18 ans	7 €		7 €		15 €		15 €	
Prisme incorporé plus de 18 ans	2 €		2 €		13 €		13 €	
Système antiptosis	31 €		31 €		31 €		31 €	
Filtre chromatique ou ultraviolet moins de 18 ans	4 €		4 €		17 €		17 €	
Filtre chromatique ou ultraviolet plus de 18 ans	Néant		Néant		23 €		23 €	
Verres iseïconiques	40 %		40 %		40 %		40 %	
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries moins de 18 ans	6 €		6 €		18 €		18 €	
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries plus de 18 ans	2 €		2 €		21 €		21 €	
Filtre d'occlusion partielle moins de 6 ans (l'unité)	2 €		2 €		4 €		4 €	
Prisme souple, moins de 6 ans (l'unité)	9 €		9 €		12 €		12 €	
Supplément pour monture de lunettes à coque moins de 6 ans	18 €		18 €		18 €		18 €	

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

**Pour les moins de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion.

A partir de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date d'effet de l'adhésion. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien.

Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

Afin de respecter la règlementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

PRESTATIONS Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits				
Nature des frais	**PRESTATIONS**			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	**MGEN Equilibre**	**MGEN Référence**	**MGEN Intégrale**
Chirugie réfractive de l'œil	Néant	Néant	365 € / œil	400 € / œil
Système à vision télescopique (sur prescription médicale, s'ajoute le cas échéant le forfait pour monture)	130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur	130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur	130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur	130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur

DENTAIRE				
Nature des frais	**PRESTATIONS** Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	**MGEN Equilibre**	**MGEN Référence**	**MGEN Intégrale**
26. Dentaire				
26.1. Consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux (remboursables par la Sécurité sociale et selon la classification commune des actes médicaux)	30%	30%	30%	30%
26.2. Inlay onlay remboursés par la Sécurité sociale	30%	80%	80%	80%
26.3. Prothèses dentaires fixes				
26.3.1 **Prestation non conventionnelle** (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)				
26.3.1.1 Définitives remboursées par la Sécurité sociale				
• Couronne dento portée	75,25 €	86 €	122 €	122 €
• Bridge 3 éléments dento porté	200 €	224 €	360 €	360 €
• Pilier de bridge supplémentaire	75,25 €	86 €	122 €	122 €
• Intermédiaire de bridge supplémentaire	3,22 €	8,60 €	107 €	107 €
26.3.1.2 Inlay core et Inlay core à clavette remboursés par la Sécurité sociale	30%	80%	80%	80%
26.3.1.3 Définitives non remboursées par la Sécurité sociale				
• Couronne dento portée	Néant	Néant	122 €	122 €
• Bridge 3 éléments dento porté	Néant	Néant	360 €	360 €
• Pilier de bridge supplémentaire	Néant	Néant	122 €	122 €
• Intermédiaire de bridge supplémentaire	Néant	Néant	107 €	107 €
26.3.1.4 Transitoires (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement) non remboursées par la Sécurité sociale				
• Couronne	Néant	Néant	31 €	31 €
• Bridge 3 éléments	Néant	Néant	31 €/élément	31 €/élément
• Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire	Néant	Néant	31 €/élément	31 €/élément
26.3.2 **Prestation conventionnelle** (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessous et fixée conventionnellement. Cette disposition s'applique aux prothèses dentaires fixes hors éléments de bridge transitoires).				
26.3.2.1 Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)				
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	397,95 €	397,95 €	397,95 €	397,95 €
• Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)	397,95 €	397,95 €	397,95 €	397,95 €
26.3.2.2 Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)				
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	195,15 €	195,15 €	195,15 €	195,15 €
• Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)	195,15 €	195,15 €	195,15 €	195,15 €
26.3.2.3 Définitives remboursées par la Sécurité sociale				
• Inlay core	100 €	100 €	100 €	100 €
• Inlay core à clavette	116 €	116 €	116 €	116 €
• Bridge 3 éléments dento porté	1000 €	1000 €	1000 €	1000 €
• Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire	110 €	110 €	110 €	110 €
26.3.2.4 Bridge non remboursé par la Sécurité sociale				
• Bridge 3 éléments dento porté	1000 €	1000 €	1000 €	1000 €
• Piliers définitifs et intermédiaires de bridge définitifs supplémentaires	110 €	110 €	110 €	110 €
26.3.2.5 Couronnes transitoires isolées sur toutes dents non remboursées par la Sécurité sociale	50,70 €	50,70 €	50,70 €	50,70 €
26.3.2.6 Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)				
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	473,20 €	473,20 €	473,20 €	473,20 €
• Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)	473,20 €	473,20 €	473,20 €	473,20 €

DENTAIRE				
Nature des frais	**PRESTATIONS** Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	**MGEN Equilibre**	**MGEN Référence**	**MGEN Intégrale**
26.3.2.7 Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)				
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	270,40 €	270,40 €	270,40 €	270,40 €
• Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)	270,40 €	270,40 €	270,40 €	270,40 €
26.4. Appareils amovibles (dento portés ou sur implants) remboursés par la Sécurité sociale				
26.4.1 Définitifs				
• Résine				
- Prothèse 9 dents	53,58 €	103,20 €	Néant	Néant
- par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	3,22 € / dent	8,60 € / dent	Néant	Néant
OU				
- de 9 à 11 dents	Néant	Néant	300 €	350 €
- par appareil complet (12 à 14 dents)	Néant	Néant	400 €	450 €
• Métal				
- de 1 à 3 dents	58,05 €	154,80 €	Néant	Néant
- par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	3,22 € / dent	8,60 € / dent	Néant	Néant
OU				
- de 1 à 7 dents	Néant	Néant	206 €	206 €
- de 8 à 11 dents	Néant	Néant	400 €	600 €
- par appareil complet (12 à 14 dents)	Néant	Néant	500 €	700 €
• Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil résine (par dent jusqu'à 6 dents)	6,45 €	17,80 €	26 €	26 €
• Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil métal (par dent jusqu'à 14 dents)	9,67 €	26 €	26 €	26 €
26.4.2 Transitoires	38,70 € (1,2 ou 3 dents) puis 3,22 € / dent supplémentaire	51,60 € (1,2 ou 3 dents) puis 8,60 € / dent supplémentaire	92 € (1 à 7 dents) 183 € (8 à 14 dents)	92 € (1 à 7 dents) 183 € (8 à 14 dents)
26.5. Implantologie				
26.5.1 Implant	Néant	Néant	518 € (dans la limite de 2 implants sur 2 années civiles)	518 € (dans la limite de 3 implants sur 2 années civiles)
26.5.2 Couronne définitive sur implant, remboursée par la Sécurité sociale	32,25 €	86 €	122 € (max 2 couronnes sur 2 années civiles) puis 80% BRSS	250 € (max 3 couronnes sur 2 années civiles) puis 80% BRSS
26.5.3 Appareil complet transvissé sur implant	54,82 €	146,20 €	500 €	700 €
26.6. Réparations sur appareils amovibles dento portés ou sur implants				
26.6.1 Résine :				
• Adjonction ou changement d'élément	30%	80%	23 €	23 €
• Par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	30%	80%	80%	80%
• Réparation appareil fêlé ou fracturé	30%	80%	23 €	23 €
26.6.2 Métal :				
• Adjonction ou changement d'élément	30%	80%	46 €	46 €
• Par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	30 %	80 %	80%	80%
- Réparation appareil sans démontage	30%	80%	46 €	46 €
- Réparation appareil avec remontage 1 élément	30%	80%	51,16 €	51,16 €
- Réparation appareil avec remontage jusqu'à 14 dents, par élément	30%	80%	5,16 €	5,16 €
26.6.3 Rebasage	Néant	Néant	46 €	46 €
26.6.4 Changement de facette (par élément) jusqu'à 8 facettes	30%	80%	61 €	61 €
26.7 Cas particuliers				
26.7.1 Traitement d'articulations temporo-mandibulaires - Gouttières occlusales, mainteneur d'espace, pose de guide chirurgical	Néant	Néant	122 €	122 €
26.7.2 Pose de facette	Néant	Néant	61 €	61 €
26.7.3 Couronnes pédiatriques	Néant	Néant	61 €	61 €

DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
26.8. Orthodontie 26.8.1 **Prestation non conventionnelle** (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN) 26.8.1.1 Traitement pris en charge par la Sécurité sociale - Examens préalables (études céphalométriques et moulages) - Traitement actif (par semestre) - Traitement de contention (1re année) - Traitement de contention (2e année)	 30% 38,70€ 32,25€ 32,25€	 80% 96,75€ 80,63€ 86€	 80% 200€ 80,63€ 86€	 80% 200€ 80,63€ 86€
26.8.1.2 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant MGEN) - Examens préalables (études céphalométriques et moulages) - Traitement actif (par semestre) • Finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7e semestres uniquement • Traitement actif commencé après 16 ans : 4 semestres maximum - Traitement de contention (1re année) - Traitement de contention (2e année)	 Néant 38,70€ 32,25€ 21,50€	 Néant 38,70€ 32,25€ 21,50€	 90% 200€ 145,13€ 96,75€	 90% 200€ 145,13€ 96,75€
26.8.2 **Prestation conventionnelle** (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement). Cette disposition ne s'applique pas aux examens préalables et 7e semestre de finalisation de traitement.				
26.8.2.1 Traitement pris en charge par la Sécurité sociale - Traitement actif (par semestre) - Traitement de contention (1re année)	 296,60 € 109,15 €	 296,60 € 109,15 €	 350 € 109,15 €	 350 € 109,15 €
26.8.2.2 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant MGEN) - Traitement actif (par semestre) - Traitement de contention (1re année)	 338 € 219,70 €	 338 € 219,70 €	 338 € 219,70 €	 338 € 219,70 €
26.9 Parodontie Forfait de parodontie (limité à la parodontie médicale - non remboursée par la Sécurité sociale) Attelle de contention	 Néant 28,92€	 Néant 28,92€	 Néant 183€	 400€/an 183€

APPAREILLAGES ET DISPOSITIFS MÉDICAUX

Nature des frais	PRESTATIONS Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
27. Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	40%	40%	40%	40%
28. Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale (au-delà du ticket modérateur)	Néant	130%	130%	250%

AUDIOPROTHÈSES

Nature des frais	PRESTATIONS							
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.							
	MGEN Initiale		MGEN Equilibre		MGEN Référence		MGEN Intégrale	
	Prestations hors réseau conventionné	Prestations dans le réseau conventionné*	Prestations hors réseau conventionné	Prestations dans le réseau conventionné*	Prestations hors réseau conventionné	Prestations dans le réseau conventionné*	Prestations hors réseau conventionné	Prestations dans le réseau conventionné*
29. Audioprothèse (sur prescription médicale et sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale). La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un audioprothésiste.								
Achats								
Mutualiste de moins de 20 ans Mutualiste de 20 ans et plus atteint de cécité Par appareil	560 €	660 €	560 €	660 €	650 €	750 €	650 €	750 €
Mutualiste de 20 ans et plus Par appareil dans la limite de 2 appareils par an	350 €	450 €	350 €	450 €	550 €	650 €	550 €	650 €
	A partir du 3e appareil : prise en charge du ticket modérateur							
Entretien et réparation								
Forfait annuel (par appareil)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)							

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

PROTHÈSES

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
30. Prothèses oculaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale et par référence à sa nomenclature) • Prothèse de première intention • Prothèse définitive • Prothèse de renouvellement avec moulage • Prothèse de renouvellement sans moulage • Prothèse oculaire en verre	Néant	Néant	145 € 328 € 412 € 298 € 130 €	145 € 328 € 412 € 298 € 130 €
31. Prothèses mammaires externes 31.1 Par prothèse (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	40 %	40 %	130 €	130 €
31.2 Forfait produits complémentaires • Support double-face seul (non remboursé par la Sécurité sociale) • Autres produits complémentaires (soutien gorge prescrit et adapté aux prothèses non solidaires du corps, produits d'entretien pour les prothèses solidaires du corps et supports double-face, set mamelons auto-adhérents)	Néant	Néant	130 € par année civile	130 € par année civile
32. Prothèses capillaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) • Postiches et perruques	40 %	40 %	185 %	185 %

CURES THERMALES

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
33. Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	30 %	30 %	30 %	30 %
34. Frais de traitement en établissement thermal	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal
35. Frais d'hébergement (par cure)	Néant	100 €	75 €	150 €

TRANSPORTS

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
36. Frais de transport (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	35 %	35 %	35 %	35 %

AMNIOCENTÈSE

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
37. Amniocentèse	Néant	183 €	183 €	183 €

NOTICE D'INFORMATION MGEN ASSISTANCE

Le contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire est souscrit par MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale, soumise aux dispositionsdu livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le numéro Siren 775 685 399, dont le siège social est situé 3, square Max Hymans – 75 748 PARIS CEDEX 15) auprès d'IMA ASSURANCES, ci-après dénommée IMA, (Société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9 immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le n° 481.511.632, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09).

Il a pour objet d'assurer les garanties d'assistance aux Membres Participants et à ses Bénéficiaires Conjoints relevant des articles 9, 10 et 11 des statuts de MGEN et ayant adhéré au règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance, ainsi qu'à leurs enfants vivant sous leur toit : enfants âgés de moins de 18 ans et enfants handicapés sans limite d'âge.

1 - En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile

Vous êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon imprévue ou programmée suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible, ou vous êtes hospitalisé plus de 5 jours pour maternité ?

1-1 - Aide-ménagère

Une aide-ménagère est mise à votre disposition au 1er jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du 1er jour d'immobilisation au domicile. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et **ne pourra excéder 10 heures, réparties sur une période maximale de 10 jours**, à raison de 2 heures minimum par intervention.

Missions : tâches quotidiennes (ménage, préparation des repas, vaisselle, repassage et courses de proximité).

Vous êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon imprévue ou programmée ou êtes immobilisé à votre domicile plus de 5 jours, suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ?

1-2 - Présence d'un proche au chevet

IMA organise et prend en charge le déplacement aller-retour d'un proche en France. Ceci comprend également l'hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, **à concurrence de 92 €**.

1-3 - Services de proximité

Ces services sont mis en oeuvre en France métropolitaine seulement.

1-3-1 - Livraison de médicaments

Lorsque aucun proche n'est en mesure de vous venir en aide, IMA se charge de récupérer les médicaments prescrits par le médecin traitant, à la pharmacie la plus proche du domicile, et de les livrer. **La garantie est limitée à une livraison sur 10 jours et le prix des médicaments reste à votre charge.**

1-3-2 - Portage de repas au domicile

Lorsque vous ne pouvez préparer vos repas et qu'aucun proche ne peut vous y aider, IMA prend en charge la livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas* répartie sur 10 jours. Lors de la commande, vous trouverez écoute et aide pour composer vos repas en fonction de vos choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique…). Un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons vous sera proposé. **Le prix des repas demeure à votre charge.**
* Repas : déjeuner et dîner (hors petit-déjeuner).

Vous êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon imprévue ou programmée suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible et vous avez besoin d'aide pour vous organiser ?

1-4 - Transfert post-hospitalisation chez un proche

IMA organise et prend en charge, en France, le transport non médicalisé (taxi, train 1re classe ou avion classe éco) depuis votre domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant la sortie de l'hôpital, **à concurrence de 200 € par trajet aller / retour.**

Et si votre hospitalisation imprévue ou programmée est supérieure à 14 jours ?

1-5 - Préparation du retour au domicile

En l'absence d'un proche présent localement, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile **dans la limite de 4 heures** pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

- Contenu de la prestation : réouverture du domicile (volets, eau, gaz, électricité et appareils électriques), mise en température du chauffage du logement, ménage, courses (coût des courses à votre charge).
- Conditions d'intervention : remise d'une demande écrite de votre part, mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. Intervention dans les 24h suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48h si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA organise et prend en charge le trajet aller en taxi (100 € maximum) pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24h précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée pour la restitution des clés. Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie du bénéficiaire et sous réserve qu'il ait été missionné 48h avant la sortie de l'hôpital, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

Remarque : Les séjours dans des centres de convalescence ne sont pas considérés comme des hospitalisations. Les centres de convalescence étant des structures de soins qui contribuent à une réadaptation posthospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence.

2 - En cas de perte temporaire d'autonomie (PTA)

En tant qu'assuré, vous bénéficiez de la prestation Perte Temporaire d'Autonomie (PTA) et vous avez besoin d'être soutenu ?

2-1 - Enveloppe de services

Dès que la survenance de la PTA est déclarée par MGEN, IMA met à disposition de l'Assuré une enveloppe de services limitée à 50 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois. Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois. Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins. Le nombre d'unités ne pourra être modifié dès lors que votre accord aura été donné pour la mise en oeuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci auront débuté.

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unités en annexe 1, page 51

2-2 - Bilan situationnel par un ergothérapeute

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute à domicile, **dans la limite d'un dossier par événement**. Cette prestation est mise en oeuvre en France métropolitaine seulement.

Contenu de la prestation : évaluation de la personne dans son lieu de vie :

- Recherche de compensations efficientes (organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animalière, aide humaine…) ;

- Rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en œuvre des préconisations (documentation, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local…).

2-3 - Téléassistance

IMA prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de trois mois.

Cette garantie est mise en oeuvre en France métropolitaine seulement.

2-4 - Service travaux pour aménager le domicile

Suite aux préconisations de l'ergothérapeute concernant l'aménagement de l'habitat, nous vous mettons en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour vous aider à réaliser vos travaux : envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations, établissement d'un diagnostic des réparations à effectuer et d'un devis, vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis, suivi des travaux-coûts-délais, procès verbal de fin de travaux transmis pour contrôle.

Cette garantie est mise en oeuvre en France métropolitaine seulement, est limitée à un dossier par événement et les travaux restent à votre charge.

3 - Garanties dédiées aux enfants

Vous ou votre conjoint êtes hospitalisé de façon imprévue plus de 24h, de façon programmée plus de 2 jours ou immobilisé au domicile plus de 5 jours, suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible, et vous avez besoin d'aide pour vous occuper de vos enfants ?

3-1 - Garde des enfants (< 18 ans) et enfants handicapés (sans limite d'âge)

3-1-1 - Déplacement d'un proche au domicile*

Déplacement aller-retour en France d'un proche pour garder vos enfants au domicile.

3-1-2 - Transfert chez un proche*

Voyage aller-retour en France de vos enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement de vos enfants par l'un de ses prestataires.

3-1-3 - Garde à domicile*

Si aucune de ces solutions ne convient, nous organisons et prenons en charge la garde de vos enfants au domicile par un intervenant habilité (hors dimanche et jours fériés). **Le nombre d'heures de garde est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.**

3-1-4 - Conduite à l'école

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires. La prestation est limitée à un aller-retour par jour et par enfant, dans la limite de 5 jours, répartis sur une période de 30 jours. Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

3-1-5 - Conduite aux activités extrascolaires

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine et par enfant, sur une période de 1 mois maximum.

*** Les garanties mentionnées à l'article 3-1-1, 3-1-2 et 3-1-3 ne sont pas cumulables.**

Vous ou votre conjoint êtes hospitalisé de façon imprévue ou programmée plus de 2 jours ou immobilisé au domicile plus de 5 jours, suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ?

3-2 - Soutien scolaire chez un proche

Si votre enfant a été transféré chez un proche éloigné géographiquement de son école et si ceci empêche la poursuite des cours, IMA organise et prend en charge le soutien pédagogique de l'enfant (du primaire au secondaire dans les matières principales : mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie). **Cette prestation est mise en oeuvre au domicile du proche, jusqu'à 3h par jour ouvrable par foyer, hors vacances scolaires et jours fériés. Elle s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 30 jours.**

3-3 - Aide aux devoirs

IMA organise et prend en charge le soutien pédagogique au domicile auprès de vos enfants (du primaire au secondaire dans les matières principales : mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie). Cette prestation est mise en oeuvre à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés. Elle s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 30 jours.

L'un de vos enfants est atteint d'une pathologie lourde ou doit subir un traitement long* et vous avez besoin d'être accompagné ?

En cas de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement long* IMA organise et prend en charge les garanties ci-après, à utiliser sur 12 mois à compter de la déclaration de la pathologie ou d'une aggravation de la pathologie. Leur mise en oeuvre est soumise à la transmission préalable d'un certificat médical, adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins d'IMA.

*Traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie.

3-4 - Enveloppe de services pour enfants (de moins de 18 ans) et enfants handicapés (sans limite d'âge)

À compter de la déclaration ou d'une aggravation d'une pathologie, IMA met à disposition du patient bénéficiaire une enveloppe de services. Les conditions de mise en oeuvre restent identiques à celles de l'article 2-1 (Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unités en annexe 2, page 51).

3.5 - Bilan situationnel par un ergothérapeute

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute à domicile, **dans la limite d'un dossier par événement.**

Cette prestation est mise en oeuvre en France métropolitaine seulement .

Contenu de la prestation : évaluation de la personne dans son lieu de vie :

- Recherche de compensations efficientes (organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animalière, aide humaine…) ;

- Rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en oeuvre des préconisations (documentation, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local…).

3-6 - Service travaux pour aménager le domicile

Suite aux préconisations de l'ergothérapeute concernant l'aménagement de l'habitat, nous vous mettons en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour vous aider à réaliser vos travaux : envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations, établissement d'un diagnostic des réparations à effectuer et d'un devis, vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis, suivi des travaux-coûts-délais, procès verbal de fin de travaux transmis pour contrôle.

Cette garantie est mise en oeuvre en France métropolitaine seulement, est limitée à un dossier par événement et les travaux restent à votre charge.

4 - En cas de mutation professionnelle

Vous êtes muté professionnellement en France et avez besoin d'aide pour vous organiser ?

4-1 - Aide à la recherche d'emploi du conjoint

Ce service comprend notamment la mise en ligne du CV de votre conjoint, l'accès à des offres ciblées, un mailing et un phoning à destination de 50 entreprises, le développement d'une démarche d'accompagnement individualisée. Le suivi du conjoint sera réalisé par le biais de 3 entretiens téléphoniques sur une période de 90 jours.

4-2 - Aide au déménagement

IMA vous transmet, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'une entreprise de déménagement ou d'une société de garde-meubles.

4.3 - Nettoyage du logement quitté

IMA organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté, **dans la limite de 500 €. La garantie doit être mise en oeuvre sur une période d'un mois suivant le déménagement.**

5 - Informations et conseils

5-1 - Informations juridiques site WEB

IMA propose un accès illimité et sécurisé à un site Internet d'informations juridiques, accessible 24h/24 et 7j/7. Ce site permet la recherche intuitive d'un contenu pédagogique et actualisé, la mise à disposition de courriers types et fiches pratiques, de rapports de suivis.

5-2 - Informations administratives, sociales, juridiques et vie pratique

En complément du service web, pour les Assurés souhaitant obtenir des informations à caractère général, IMA met à leur disposition, du lundi au vendredi de 9h à 18h, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique et vie pratique pour apporter des réponses en matière de droit français.

A titre d'exemple : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger…

Ce service téléphonique est accessible dans la limite d'une fois par an.

ANNEXE 1 - ENVELOPPE ADULTES (Article 2-1)

ENVELOPPE ADULTE MALADE	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Présence d'un proche	1 trajet aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour	4 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	2 unités
Livraison de courses	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien de jardin	1 heure	1 unité
Garde d'enfants	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 transport aller et/ou retour par jour	4 unités
Conduite activités extrascolaires	1 transport aller et/ou retour par jour	4 unités

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

ANNEXE 2 - ENVELOPPE enfants (Article 3-4)

ENVELOPPE ADULTE MALADE	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Présence d'un proche	1 trajet aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour	4 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Garde d'enfants malades	1 heure	2 unités

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

IMA ASSURANCES
intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : 09 72 72 27 28

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire.

Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué. Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères…) et aides existantes. L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les garanties d'assistance sont mises en oeuvre par IMA ou en accord préalable avec elle, sauf stipulations contraires mentionnées dans les garanties. Dès lors qu'IMA n'est pas en mesure de mettre en oeuvre les garanties dans un des DROM listés ci-après à la rubrique TERRITORIALITÉ, IMA s'engage à prendre en charge les frais engagés par le bénéficiaire, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. **IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.** Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties s'appliquent en cas :

- d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entrainant la survenance d'une hospitalisation imprévue ou programmée ou d'une immobilisation au domicile ;
- de séjour prolongé à la maternité ;
- de perte temporaire d'autonomie ;
- de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde ;
- de survenance ou d'aggravation d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie,

  radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie ;
- de mutation professionnelle.

Ceci dans les conditions spécifiées à chaque article.

TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte). Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en oeuvre dans les conditions suivantes : si le domicile de l'assuré est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine, si le domicile de l'assuré est situé dans un DROM, le transport est effectué au sein du DROM de résidence de l'assuré.

PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties prennent effet au jour de l'adhésion au règlement MGEN Santé Prévoyance et cessent le 31 décembre suivant. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction par durée d'une année, à chaque 1er janvier.

La garantie cesse de produire ses effets :

- à la date à laquelle l'Assuré perd la qualité de Membre Participant ou de Bénéficiaire Conjoint du Souscripteur. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif par le Souscripteur ou l'Assureur. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ;
- en cas de non paiement de la prime par le Souscripteur ;
- la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par l'Assuré.

MONTANT DE LA PRIME

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle égale à une cotisation de 3,30 € HT soit 3,60 € TTC par Assuré. Pour l'Assuré ouvrant droit aux prestations de MGEN en cours d'année, la prime est calculée en fonction d'une cotisation au prorata du nombre de mois restant à courir sur l'année d'adhésion.

PAIEMENT DE LA PRIME

Le Souscripteur est chargé auprès des Assurés de la collecte des primes. A l'égard de l'Assureur, seul le Souscripteur est tenu au paiement de la prime. Le défaut de paiement d'une prime annuelle ou d'un prorata donne lieu, 10 jours après échéance, à une mise en demeure. En cas de non paiement, 30 jours après mise en demeure, la garantie est suspendue. L'adhésion est résiliée 10 jours après la suspension si la prime n'a toujours pas été acquittée (article L.113-3 du Code des assurances).

PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en oeuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation...). De la même façon, IMA pourra demander au bénéficiaire, l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords

SUBROGATION

IMA est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ; c'est-à-dire qu'IMA effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA afin de mettre en oeuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut prétendre. Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à MGEN. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA.

RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle est sanctionnée par la nullité de l'adhésion pour l'Assuré fautif, conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. Toute omission, inexactitude dans la déclaration des circonstances entraîne, si elle est constatée avant sinistre, soit la déchéance de la garantie au titre du sinistre concerné, soit la résiliation de l'adhésion par IMA pour l'Assuré fautif. En cas de résiliation, IMA procèdera à l'information de MGEN afin qu'elle puisse prononcer la nullité de l'adhésion conformément à l'article 15 de ses statuts.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1 - En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA en a eu connaissance ;

2 - En cas de sinistre, que du jour où le bénéficiaire en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là.

Quand l'action du bénéficiaire contre IMA a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ; la demande en justice même en référé ; une mesure conservatoire prise en application du code de procédure civile ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA au bénéficiaire en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par le bénéficiaire à IMA en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, IMA et le bénéficiaire ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application de la convention, le bénéficiaire peut contacter le Service Consommateur d'IMA par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers. Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, le bénéficiaire peut saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 PARIS. Son avis s'impose à IMA mais pas au bénéficiaire qui conserve la possibilité de saisir le tribunal compétent.

DÉLAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

IMA apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous.

Principe : Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent : une immobilisation au domicile, la sortie d'une hospitalisation. Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Exceptions : Pour la garantie aide-ménagère, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter d'une immobilisation au domicile, de la sortie d'une hospitalisation. Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

Illustration pour la garantie aide-ménagère plafonnée à 10 jours : en cas d'appel le 8e jour, la garantie est alors plafonnée à 2 jours.

Pour les garanties dont bénéficient les enfants en cas de pathologies lourdes ou de pathologies entraînant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, le délai de demande d'assistance est de 30 jours à compter de la survenance ou de l'aggravation d'une pathologie. Passé ce délai, les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

LIMITATIONS - EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

INFRACTION

IMA ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

FORCE MAJEURE

IMA ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations : dans des établissements et services psychiatriques, gérontologiques et gériatriques ; programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques ; liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies ; liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences ; consécutives à une maladie non soudaine et prévisible.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

DÉFINITIONS

ACCIDENT CORPOREL :

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

ASSURÉ :

Le Membre Participant et le Bénéficiaire Conjoint adhérents à l'offre MGEN Santé Prévoyance.

BÉNÉFICIAIRE CONJOINT :

Défini à l'article 10 - 1 des statuts MGEN et nommément désigné au fichier.

BÉNÉFICIAIRES des GARANTIES D'ASSISTANCE :

Le Membre Participant, ainsi que le Bénéficiaire Conjoint et les enfants vivant sous son toit : enfants de moins de 18 ans et enfants handicapés sans limite d'âge.

CENTRE DE CONVALESCENCE :

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

CONJOINT :

Conjoint de droit ou de fait vivant sous le même toit que le Membre Participant.

DOMICILE :

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'assuré en France.

FRANCE :

France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

HOSPITALISATION :

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE :

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précédent.

LISTE DES PATHOLOGIES LOURDES :

Leucémie, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, mucoviscidose, insuffisance rénale dyalisée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux, pathologies nécessitant un traitement par radio chimiothérapie et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA.

MALADIE :

Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

MALADIE CHRONIQUE :

Maladie répondant à la définition retenue par le Haut Conseil de la Santé Publique.

PARENT :

Le Membre Participant et le Conjoint.

PTA :

Perte Temporaire d'Autonomie, prestation versée par MGEN.

TÉLÉASSISTANCE :

Système de télécommunication qui permet à une personne en perte d'autonomie ou isolée d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.

NOTICE D'INFORMATION CAUTION ACQUISITION MGEN

Article 1 - Objet de la garantie

La garantie caution acquisition (ci-après désignée la caution) a pour objet d'accorder la caution de MGEN (ci-après désignée le Garant) à l'organisme prêteur désigné à l'article 3.3 en couverture du le remboursement des prêts immobiliers (capital, intérêts, accessoires) contractés par le membre participant de MGEN (ci-après désigné l'emprunteur).

La caution est un engagement de caution solidaire régi par les articles 2288 et suivants du Code civil et par l'article L. 111-1 du Code de la mutualité. L'organisme prêteur bénéficiaire de cette garantie appelle MGEN en règlement lorsque l'emprunteur et le co-emprunteur, qui ont satisfait aux formalités d'admission à la garantie, ne peuvent plus faire face à leur obligation de remboursement. Le Garant pourra ensuite exiger de ces derniers le remboursement des sommes versées par tous les moyens de droit.

Article 2 - Groupe assuré

Le Groupe comprend les membres participants de MGEN dans les conditions définies par ses statuts, fonctionnaire titulaire/stagiaire ou salarié bénéficiaire d'un contrat de travail à durée indéterminée (la période d'essai doit être achevée), ou retraité titulaire d'une pension ayant satisfait aux formalités d'admission à la garantie ainsi que les membres participants jeunes.

Le co-emprunteur et la caution personne physique peuvent demander l'adhésion à la garantie. Pour les couples mariés sous le régime de la séparation de biens ou de la participation aux acquêts et pour les concubins, l'achat doit être fait en indivision et la répartition précisée dans le dossier de demande. La caution n'est accordée que si les co-indivisaires sont cautions solidaires réciproques.

Pour les couples mariés sous le régime de la communauté réduite aux acquêts ou de la communauté universelle et pour les couples ayant conclu un PACS, le conjoint doit être co-emprunteur solidaire ou caution solidaire.

Un membre participant en instance de divorce ne peut bénéficier du cautionnement du Garant que s'il est marié sous le régime de la séparation de biens.

L'emprunteur et co-emprunteur ont reconnu avoir pris connaissance des dispositions de la présente notice qui leur a été remise.

Toute fausse déclaration entraîne un refus immédiat à la garantie et supprime l'obtention de la caution pour toute demande ultérieure.

Article 3 - Champ d'application de la caution

3-1 - Opérations immobilières

Seuls les prêts immobiliers destinés au financement d'une acquisition, construction, amélioration de l'habitat ou rachat de prêts immobiliers, d'un bien se rapportant à la liste définie ci-dessous, peuvent être objet de la caution :

- la résidence principale, la résidence secondaire, la résidence de retraite,
- la résidence pour enfant étudiant à charge au sens du Code général des impôts ou bénéficiaire d'une pension alimentaire apparaissant sur l'avis d'imposition du demandeur. La résidence doit se situer dans la ville ou sa périphérie où l'enfant poursuit ses études,
- la résidence pour enfant en situation de handicap,
- la résidence à usage gracieux pour ascendant au 1er degré, à charge en raison de sa situation financière ou de son état de santé,
- l'acquisition d'un terrain destiné à la construction de la résidence, à condition que l'emprunteur puisse justifier de disposer des fonds nécessaires au financement de la construction et des justificatifs attestant du projet de construction,
- l'acquisition d'un terrain non constructible rattaché à la résidence principale, permettant d'agrandir l'espace de vie,
- la piscine ou le terrain de tennis rattaché(e) à la résidence principale,
- la résidence acquise auprès d'une Société Civile Immobilière de construction vente à la condition expresse que ladite société soit dissoute dès l'acquisition du bien par le membre participant.

Dans la liste ci-dessus, on entend par « résidence » la maison ou l'appartement à usage d'habitation. Cependant, dans le cas de la résidence principale, est également visée la péniche à usage d'habitation.

Les opérations immobilières destinées à la location même temporaire de la résidence sont exclues du champ d'application de la caution.

Le bien immobilier doit être situé en France métropolitaine, ou dans les départements d'Outre-Mer. Les biens situés dans un pays d'Outre-Mer ou à l'étranger n'entrent pas dans le champ d'application de la caution.

3-2 - Prêts cautionnables

Le prêt cautionné doit appartenir à l'une des trois catégories définies ci-dessous :

- prêt à taux fixe et à échéances constantes,
- prêt à taux fixe et à échéances progressives,
- prêt à taux variables,
- prêt modulable,
- prêt avec amortissement différé partiel ou total, avec amortissement constant et/ou pallier,
- prêt à taux zéro plus (PTZ plus).

Peuvent également être garantis les prêts relais d'une durée inférieure ou égale à 24 mois. **Les prêts relais supérieurs à deux ans, les prêts non amortissables (prêts « in fine ») sont totalement exclus de la garantie.**

La durée du (des) prêt(s) objet(s) de la caution ne doit pas excéder 30 ans.

Peuvent également être garantis les crédits à la consommation affectés au financement de travaux d'un montant inférieur ou égal à 75 000 euros.

3-3 - Organismes prêteurs

Les organismes prêteurs bénéficiaires de la caution sont les établissements de crédit, avec lesquels le garant a conclu une convention en vigueur au jour de l'étude du dossier, à savoir :

- les Caisses d'Epargne Ecureuil,
- BNP Paribas Personal Finances,
- la CASDEN - Banque Populaire,
- la Banque Postale,
- le Crédit Mutuel Enseignant des départements des Côtes-d'Armor, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin et Vosges.

Article 4 - Prise d'effet et durée de la caution

La caution est accordée à compter de la date d'effet du contrat d'assurance de prêt(s) et jusqu'au terme du(des) prêts(s) objet(s) de la caution, dans la limite de 30 ans. **En tout état de cause, la garantie cesse à la veille du 76e anniversaire de l'emprunteur et/ou du co-emprunteur.**

Article 5 - Étendue de la caution

La caution couvre le montant des prêts relatifs à l'opération immobilière, telle que définie à l'article 3.1, dans la limite d'un montant fixé à 1 000 000 euros.

Dans le cas où l'emprunteur et/ou le co-emprunteur demandent à bénéficier d'une nouvelle caution pour une autre opération immobilière, le montant plafond de 1 000 000 euros sera minoré du montant de capital restant dû au titre des autres opérations immobilières en cours cautionnées par le garant.

Article 6 - Conditions d'attribution de la caution

Pour demander à bénéficier de la caution, l'emprunteur et le co-emprunteur doivent constituer un dossier composé des éléments demandés par la section départementale. Ils doivent en outre répondre aux conditions suivantes :

6-1 - Conditions d'âge

L'emprunteur et le co-emprunteur doivent être âgés de moins de 70 ans lors de la demande de caution.

6-2 - Conditions financières

Sont prises en compte dans le cadre de l'analyse financière du dossier, les ressources de l'emprunteur et si nécessaire les ressources du co-emprunteur si ce dernier justifie de la qualité de fonctionnaire titulaire/stagiaire ou de salarié bénéficiaire d'un contrat à durée indéterminée (la période d'essai doit être achevée) ou de retraité titulaire d'une pension.

En cas de co-acquéreurs qui ne sont pas co-emprunteurs du prêt cautionné, ceux-ci doivent se porter caution solidaire dudit prêt.

Le Garant procède à l'étude financière du dossier au regard notamment des critères financiers suivants :

- les charges de l'emprunteur et du co-emprunteur (6.2.1),
- les ressources de l'emprunteur, et le cas échéant du co-emprunteur (6.2.2),
- le quotient familial (6.2.3),
- l'apport personnel (6.2.4).

6-2-1 - Charges

- les remboursements des prêts objet de la caution,
- les remboursements des prêts non objet de la caution, mais liés à l'opération,
- les remboursements des crédits en cours non liés à l'opération cautionnée,
- les pensions et allocations versées par l'emprunteur ou le co-emprunteur (pensions alimentaires, prestations compensatoires, autres pensions…),
- les loyers et charges locatives.

6-2-2 - Ressources

- les traitements ou salaires, les pensions de retraite et les indemnités ou primes à caractère récurrent,
- les revenus locatifs pris en compte à hauteur de 75 % des revenus issus des biens mis en location,
- les prestations familiales à condition qu'elles soient versées sur toute la durée du prêt.

6-2-3 - Quotient familial

Le nombre de personnes au sein du foyer (notamment le nombre d'enfants) est pris en compte dans l'étude financière du dossier.

6-2-4 - Apport personnel

Un apport personnel est exigé de la part des emprunteurs dans le cas où le montant des prêts est supérieur à 130 000 euros.

Cet apport personnel ne peut être constitué par un recours à l'emprunt (sauf s'il s'agit d'un prêt d'épargne logement, prêt à taux zéro plus et 1 % patronal).

Son montant, exprimé en pourcentage du coût total de l'opération (frais de notaire et d'agence compris), est fixé à :

- 10 % pour l'acquisition d'un logement ancien sans travaux,
- 15 % pour l'acquisition d'un logement ancien avec travaux,
- 20 % pour l'acquisition d'un logement neuf.

6-3 - Condition d'assurance

L'emprunteur, le co-emprunteur, la caution personne physique, doivent bénéficier pour les prêts, objet de la caution, des assurances en couverture des risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et Incapacité Totale de Travail (ITT) souscrites par le Garant auprès de CNP assurances, ou à défaut présentant un niveau de garanties équivalentes.

L'emprunteur, le co-emprunteur, la caution personne physique, doivent être obligatoirement assurés chacun à hauteur de 100% des montants cautionnés.

Après étude des conditions de ressources, le Garant pourra demander à l'emprunteur et/ou au co-emprunteur d'adhérer au contrat chômage souscrit par Garant auprès de CNP Assurances.

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur, cotisant à Pôle Emploi ou à une caisse équivalente au sens du Code du travail, devra (devront) obligatoirement souscrire ledit contrat d'assurance chômage si le Garant l'exige.

6-4 - Condition de propriété

Le membre participant doit ou devra être propriétaire au moins à hauteur de 50 % du bien objet de la caution.

Article 7 - Décision d'attribution de la caution

Après étude du dossier au regard des critères juridiques, administratifs, et financiers, mentionnés dans la présente notice, le Garant notifie sa décision d'accord ou de refus au membre participant emprunteur. À cet effet, il s'appuie sur l'étude des documents juridiques et financiers fournis par l'emprunteur dans le cadre de la constitution du dossier. L'engagement de caution est adressé par l'emprunteur et le co-emprunteur à l'établissement de crédit bénéficiaire.

Article 8 - Cotisation

La caution est accordée moyennant l'encaissement d'une cotisation.

Le montant de cette cotisation est calculé en appliquant à chaque tranche de montant emprunté, les taux de cotisation suivants :

- de 0 à 80 000 euros, le montant de la cotisation est de 250 euros intégrant les frais de dossier,
- de 80 000 à 130 000 euros, le taux de cotisation est de 0,90 % (frais de dossier inclus),
- de 130 000 à 1 000 000 euros, le taux de cotisation est de 1,2 % (frais de dossier inclus).

Exemples :

- pour un prêt de 60 000 euros, le montant de la cotisation s'élèvera à 250 euros,
- pour un prêt de 110 000 euros, le montant de la cotisation sera calculé selon les modalités suivantes : 250 € + [(110 000 € - 80 000 €) × 0,90 %] = 520 €,
- pour un prêt de 250 000 euros, le montant de la cotisation sera calculé selon les modalités suivantes : 250 € + [(130 000 € - 80 000 €) × 0,90 %] + [(250 000 € - 130 000 €) × 1,2 %] = 2 140 €

En cas d'adhésion à un contrat d'assurance en couverture des prêts (risques décès, PTIA, ITT et/ou chômage), autre que le contrat souscrit par le garant auprès de CNP Assurances, d'un niveau de garanties équivalent à ce dernier, de le montant de la cotisation sera multiplié par deux.

La caution est payable en une seule fois par prélèvement automatique sur le compte du membre participant au moment de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat.

En cas de remboursement anticipé du (des) prêt(s), la cotisation n'est pas remboursable.

En cas de non paiement, le garant pourra recouvrer la cotisation par voie amiable et contentieuse indifféremment auprès de l'emprunteur ou du co-emprunteur, tenus solidairement.

Article 9 - Engagement des parties

9-1 - Promesse d'inscription d'hypothèque conventionnelle

Lors de la demande d'adhésion à la caution, l'emprunteur, le co-emprunteur et le coacquéreur s'engagent à renseigner et signer la promesse d'affectation hypothécaire au profit du Garant sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s).

Au cours du (des) prêt(s) cautionnés, l'emprunteur, le co-emprunteur et le coacquéreur s'engagent à inscrire ladite hypothèque à leurs frais et à la première demande du Garant dans les cas suivants :

- non paiement de trois échéances consécutives du (des) prêt(s) cautionné(s),
- inscription de garanties (hypothèque,…), consenties ou non, sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s),
- changement de statut professionnel entraînant la radiation du contrat chômage,
- maintien de l'engagement de caution par le Garant suite au rachat du prêt cautionné par un nouvel organisme partenaire cité à l'article 3.3 de la notice d'information ou au transfert ultérieur du bien vers une Société Civile Immobilière (art.10 alinéa 3)

9-2 - Règlement des cotisations

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur s'engagent à régler les cotisations appelées au titre de la garantie.

9-3 - Obligation d'information

Les emprunteurs et le coacquéreur s'engagent à informer le Garant de toute inscription de sûreté réelle (hypothèque) sur le bien cautionné consentie au profit d'un tiers.

L'emprunteur, le co-emprunteur et le coacquéreur, s'engagent également en cours de prêt à ne pas consentir d'hypothèque au profit de tiers sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s), sans avoir obtenu au préalable l'accord du Garant, et à avertir ce dernier en cas d'inscription d'hypothèque judiciaire.

Article 10 - Mise en jeu de la caution

La caution ne peut être mise en jeu qu'à la condition que le contrat de prêt conclu entre l'organisme prêteur, l'emprunteur et le co-emprunteur soit valablement formé et que ces derniers soient assurés pour les risques Décès, PTIA et ITT conformément à l'article 6.3.

Lorsque la caution est actionnée, le Garant se substitue à l'emprunteur et au co-emprunteur dans tout ou partie de leurs obligations à l'égard de l'organisme prêteur, dans les conditions et limites définies par la présente notice.

Une fois la substitution intervenue, le Garant, conformément aux articles 2305 et 2306 du Code civil, dispose d'un recours contre l'emprunteur et le co-emprunteur défaillants pour recouvrer sa créance, en capital, intérêts, frais et accessoires.

Il pourra également recouvrer cette somme contre le co-acquéreur qui s'est engagé à garantir la créance du Garant le cas échéant.

Le garant pourra inscrire une hypothèque sur le bien objet du (des) prêt(s) ou sur tout autre bien immobilier, appartenant à l'emprunteur et/ou au co-emprunteur, ce afin de garantir sa créance, en capital, intérêts, frais et accessoires.

Article 11 - Cessation de la caution

La caution devient caduque en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- remboursement à terme du ou des prêts cautionnés,
- remboursement anticipé total des prêts cautionnés,
- non acceptation par l'emprunteur de l'offre préalable de crédit à l'issue des délais légaux,
- caducité, nullité, résolution ou novation du (des) contrat(s) de prêt objet(s) de la caution,
- rachat du ou des prêts par un organisme autre que ceux cités à l'article 2.3 de la présente notice d'information,
- modification de l'offre de prêt n'ayant pas fait l'objet d'un agrément par le Garant,
- non conclusion, nullité ou résolution de l'opération immobilière pour laquelle le(s) prêt(s) a (ont) été demandé(s).

La caution s'éteint également pour les causes normales d'extinction du cautionnement, telles que prévues par la loi.

La survenance de l'un des évènements suivants :

- rachat du prêt cautionné par un nouvel organisme partenaire cité à l'article 3.3 de la présente notice,
- transfert ultérieur du bien vers une Société Civile Immobilière,
- renégociation du (des) prêts cautionné(s) auprès du même organisme prêteur, entraîne une nouvelle étude du dossier par le Garant qui peut aboutir soit au maintien de l'engagement caution (éventuellement sous réserve de l'inscription de l'hypothèque prévue à l'article 9 du présent règlement et dans les mêmes conditions), soit à l'extinction de l'engagement de caution.

Les emprunteurs s'engagent à avertir sans délai le Garant de la survenance de l'un de ces évènements.

Article 12 - Confidentialité

Le garant s'engage à traiter comme confidentielles les informations qu'il aura reçues des emprunteurs dans le cadre de l'exécution des services de caution, d'assurance de prêts et de chômage.

Article 13 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, ACPR - 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN.

Article 14 - Informatique et Libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses bénéficiaires. Ils bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Gestion CNIL - CS 10601, La Verrière, 6 bis avenue Joseph Rollo, 78321 Le Mesnil-Saint-Denis Cedex.

Article 15 - Réclamation-Médiation

Pour toute réclamation, l'emprunteur et le co-emprunteur peuvent s'adresser à la mutuelle :

- par email : via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel,
- par téléphone au 3676 (service gratuit + prix appel),
- par courrier à l'adresse de la mutuelle,
- en points d'accueil.

Si l'emprunteur et le co-emprunteur sont en désaccord avec la réponse ou la solution apportée par le Service Adhérents, ils ont la possibilité d'adresser une réclamation à la mutuelle à l'adresse suivante :

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

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

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

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :
  Monsieur le Médiateur du Groupe MGEN
  3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15
- par mail à l'adresse suivante : mediation@mgen.fr
- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation http://www.mediation-mgen.fr

NOTICE D'INFORMATION GARANTIE INVALIDITÉ ADDITIONNELLE AU RÉGIME COREM

Le présent document constitue la notice d'information de l'adhésion individuelle à la garantie invalidité additionnelle au régime Corem

• Lexique

Le membre participant : personne qui adhère à la garantie invalidité additionnelle au Corem et acquiert la qualité de membre participant de MGEN au sens du Code de la mutualité.

Le Corem : régime de retraite par points assuré par l'UMR, Union Mutualiste Retraite, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, RNM n° 442 294 856, siège social, 3, square Max-Hymans 75015 Paris.

Le membre participant MGEN : personne qui a adhéré à MGEN (en application des statuts de MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

Le bénéficiaire conjoint MGEN : personne qui bénéficie de l'extension de la couverture MGEN d'un membre participant de MGEN (en application des statuts de MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

Article 1 - Objet de la Garantie

La Garantie invalidité additionnelle au Corem, a pour objet d'assurer, en cas d'invalidité du membre participant ou du bénéficiaire conjoint, la continuité du plan de retraite dans lequel il s'est engagé.

Article 2 - Conditions d'adhésion à la garantie

L'adhésion à la garantie est ouverte aux membres participants MGEN et bénéficiaires conjoints MGEN en activité ayant souscrit un Corem et âgés de moins de 57 ans.

Une demande d'adhésion présentée en cours d'arrêt de travail ou en période d'invalidité n'est pas recevable.

Article 3 - Prise d'effet de l'adhésion

Sous réserve du paiement de la première cotisation, l'adhésion prend effet au 1er jour du mois qui suit la demande d'adhésion jusqu'au 31 décembre de la même année. L'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction chaque 1er janvier.

Un délai d'attente de 3 ans à compter de la date d'effet de l'adhésion est appliqué au bénéfice de la garantie. Toute survenance du risque pendant ce délai ne donne pas lieu à versement de la prestation et entraîne la résiliation de l'adhésion de plein droit sans remboursement des cotisations. L'évènement matérialisant la réalisation du risque est la date de classement en invalidité.

Article 4 - Cessation de la Garantie

Le droit à garantie cesse à la date de survenance d'un des évènements suivants :

- la liquidation des droits à pension vieillesse du membre participant,
- la liquidation des droits à rente du produit Corem,
- la résiliation du membre participant conformément à l'article 11 de la présente notice,
- le 60e anniversaire du membre participant,
- le décès du membre participant,
- la réalisation du risque.

Article 5 - Bénéficiaire de la prestation

La prestation est versée à l'adhérent à la garantie lorsqu'il est contraint, pour cause d'invalidité, de cesser son activité professionnelle, c'est-à-dire :

- s'il est fonctionnaire, quand il vient à bénéficier d'une retraite d'invalidité,
- s'il est stagiaire de la fonction publique ou non fonctionnaire, quand il vient à bénéficier d'une pension d'invalidité Sécurité sociale avec classement en groupe 2 ou 3.

Article 6 - Obligations déclaratives et nullité de l'adhésion

Le membre participant s'engage à déclarer à la mutuelle tout changement de situation professionnelle (cessation d'activité, suspension du contrat de travail) dans le mois qui suit ce changement.

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

Article 7 - Montant de la prestation

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

La prestation est versée trimestriellement à terme échu.

Article 8 - Fin de versement de la prestation

Le versement de la prestation prend fin à la date de survenance du premier des évènements suivants :

- la liquidation par le membre participant de ses droits à rente du produit Corem,
- le 60e anniversaire du membre participant,
- le passage de la pension d'invalidité en 1re catégorie Sécurité sociale
- la reprise d'une activité professionnelle,
- le décès du membre participant.

Article 9 - Formalités à accomplir en cas de sinistre

En cas d'invalidité, le membre participant doit constituer un dossier de demande de prestation auprès de sa section départementale accompagné des pièces justificatives suivantes :

- pour les fonctionnaires, copie de la notification de mise en retraite pour invalidité par l'Administration,
- pour les non fonctionnaires, copie du classement en invalidité par la Sécurité sociale de 2e ou 3e catégorie.

La demande doit être formulée dans un délai de 12 mois à compter de la date de classement en invalidité. Passé ce délai et pendant 12 mois suivants, le versement de la prestation débute à compter du 1er jour du mois civil suivant **la date de réception de la demande** sous réserve que l'ensemble des conditions soit réuni.

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

À défaut de justificatifs, le paiement de la prestation est suspendu. Le versement des prestations reprendra dès réception des documents demandés. Les montants suspendus seront alors reversés dans un délai de 30 jours dès réception des justificatifs, sans dommages ni intérêts.

Article 10 - Risques exclus

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

Article 11 - Montant de la cotisation

L'adhésion à la garantie donne lieu au versement d'une cotisation annuelle spécifique calculée par application d'un taux au montant de la cotisation annuelle versée au Corem. Ce taux est fixé à 3,20 %.

Le membre participant a la possibilité de s'acquitter de sa cotisation annuelle sous la forme d'un versement unique ou sous la forme de 12 versements mensuels, conformément à la périodicité choisie pour les cotisations versées au Corem.

En cas d'arrêt des versements au régime Corem par l'adhérent, la garantie peut être maintenue par le versement d'une cotisation annuelle calculée par application d'un taux à la moyenne annuelle des versements de cotisations* au Corem des trois dernières années civiles précédant l'année d'arrêt des versements. Ce taux est fixé à 3,20 %.

* hors rachat de cotisations défiscalisées permis par le régime Corem.

En cas de versement de la prestation, la mutuelle exonère le membre participant du paiement des cotisations.

Article 12 - Résiliation pour défaut de paiement des cotisations

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

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

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

Article 13 - Modalités de résiliation

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre à l'adresse suivante : UMR - Centre de gestion MGEN - BP 7322, 44032 Nantes cedex 1.

Le membre participant et la mutuelle peuvent également mettre fin à l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.

Article 14 - Information des membres participants

En application de l'article 64 des statuts de MGEN, toute modification décidée par l'assemblée générale de la mutuelle sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Article 15 - Prescription

Toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article 16 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation relative à son adhésion, le membre participant peut s'adresser à la mutuelle :

- par email : via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel,
- par téléphone au 3676 (service gratuit + prix appel),
- par courrier à l'adresse de la mutuelle,
- en points d'accueil.

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

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

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

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

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :
  Monsieur le Médiateur du Groupe MGEN
  3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15
- par mail à l'adresse suivante : mediation@mgen.fr
- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation http://www.mediation-mgen.fr

Article 17 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, ACPR - 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN.

Article 18 - Informatique et Libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant. Le membre participant bénéficie, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Gestion CNIL - CS 10601, La Verrière, 6 bis avenue Joseph Rollo, 78321 Le Mesnil-Saint-Denis Cedex.