

Mutuelle **AG 2011** informations



Siège social et services administratifs
35/37, rue Saint-Sabin 75534 Paris Cedex 11
Tél. : 01 49 29 49 29 • Fax : 01 49 29 49 00

Assemblée générale Novembre 2011



MPLCL : approbation préfectorale n° 75 M 02353
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité.
RNM n° 784 205 221

MUTUELLE DU PERSONNEL LE CREDIT LYONNAIS
M P L C L

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité
R.N.M. N° 784 205 221

Siège Social MPLCL/ U.M.C. 35/37 rue Saint-Sabin 75011 PARIS

ASSEMBLEE GENERALE

AVIS DE CONVOCATION

Les membres participants et les membres honoraires sont convoqués
en Assemblée Générale, sur première convocation,

le mardi 08 novembre 2011 à 14 h 00

au Siège Social, 35 rue Saint-Sabin à PARIS 11^{ème}.

Cette assemblée ne pourra pas, selon toute vraisemblance, délibérer valablement faute de quorum.
Elle se tiendra donc, sur seconde convocation,

le jeudi 24 novembre 2011 à 17H30

Dans les locaux du Crédit Lyonnais,
8, rue Ménars à PARIS 2^{ème} - 2^{ème} sous-sol – restaurant d'entreprise.

ATTENTION : PLAN VIGIPIRATE :

Pour accéder au restaurant d'entreprise, la présentation de la carte mutualiste est obligatoire.

ORDRE DU JOUR

- RAPPORT MORAL ET D'ACTIVITE
- BAREME DES COTISATIONS (*)
- PRESENTATION DES DEMANDES DE L'AUTORITE DE CONTRÔLE PRUDENTIEL DE MODIFICATIONS A APPORTER AU PROJET DE TRAITE DE FUSION PAR ABSORPTION DE LA MUTUELLE MPLCL PAR UMC SANTE, AINSI QU'A LA CONVENTION DE TRANSFERT DE PORTEFEUILLE Y AFFECTEE (*)
- VOTE DES RESOLUTIONS
- QUESTIONS DIVERSES

* La délibération sur ces questions nécessite un quorum de la moitié des membres de l'assemblée générale, sur première convocation, et de 1/4 sur seconde convocation.

IMPORTANT !

Pensez à **retourner** votre bulletin de vote
Et n'oubliez pas de **signer** l'enveloppe
le contenant.

Chers amis mutualistes,

Notre Assemblée Générale de Novembre 2011 marquera une étape particulière de notre Mutuelle puisque ce sera la dernière du genre.

Inutile maintenant de rappeler les causes, et intéressons nous plutôt à l'avenir !

Comme indiqué lors de notre assemblée générale du mois d'Aout 2011, nous allons voter nos grilles de prestations et barèmes de cotisations pour l'année 2012. Ces grilles et barèmes ne subiront pas de modifications majeures.

Les cotisations vont devoir augmenter, uniquement pour payer la nouvelle taxe imposée par les Pouvoirs Publics ! Votre mutuelle a choisi de prendre en charge le paiement de ce qu'il convient bien d'appeler un impôt pour la période du 01 octobre au 31 Décembre 2011. Chacun comprendra aisément qu'il ne peut en être ainsi indéfiniment.

Le domaine de la santé, c'est d'abord la réalité d'un principe fondamental d'égalité entre les citoyens, donc de paix et de progrès.

C'est au nom de ces principes que la mutualité se mobilise pour que la Santé soit cœur des préoccupations dans les prochaines consultations nationales.

Les mutuelles sont avant tout des acteurs de l'économie sociale, attachés au principe républicain de l'égalité devant les services de santé. Elles peuvent apporter des réponses innovantes pour favoriser l'accès de tous à des soins et des services de qualité.

Les mutuelles sont des organismes privés à but non lucratif. Par définition elles ne font pas de profit et ne reversent pas d'argent à des actionnaires. Les éventuels excédents qu'elles réalisent sont réinvestis au service des adhérents à travers des réalisations sanitaires et sociales.

Les excédents servent aussi à alimenter des fonds de réserves destinées à mettre les mutuelles à l'abri d'imprévus (épidémie...). Ces réserves par ailleurs sont obligatoires et réglementées. Elles doivent maintenant répondre à des exigences européennes en matière de sécurité financière.

Des réformes sont indispensables, mais des vraies réformes au profit de la santé, seulement de la santé... elles sont assurément devant nous ! il faut en finir avec les sempiternels transferts de charge et autres reports de dettes sur nos enfants. Il faut en finir avec le pillage du capital social porté par les mutuelles, au seul prétexte qu'elle savent gérer correctement leurs affaires, qu'elles utilisent leur argent au profit de leur mission et non au profit d'actionnaires avides de dividendes !

Le débat sur la réforme du financement nous appartient, et ce, d'autant plus, que les besoins vont augmenter, pour faire face à la dépendance, pour adapter la prise en charge des malades au progrès médical, etc...

Ne nous trompons pas, c'est le combat pour le respect de la dignité humaine que nous avons à mener ensemble !

Ensemble, nous pouvons le gagner.

Jean Claude FREY
Président de la MPLCL

Rapport moral et d'activité

L'EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EN 2010

Les dépenses entrant dans le périmètre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2010 se sont élevées à 161,8 milliards d'euros, soit 640 millions d'euros de moins que l'objectif initialement fixé en loi de financement de la sécurité sociale.

On se souvient que les dépenses de santé 2009 se rapprochaient de l'ONDAM puisqu'on notait un dépassement de 300 millions d'euros, sur un budget global de 157,9 milliards, hors dépenses spécifiques liées à l'époque à la grippe H1N1. Jusque là, les dépassements avaient été de 1,5 milliard d'euros en moyenne chaque année, et c'est la première fois que l'objectif de dépenses est respecté depuis sa mise en place en 1997.

A noter que les dépenses de soins de ville ont évolué sensiblement moins vite que prévu et les dépenses hospitalières ont été jugulées suite aux recommandations gouvernementales.

Pourtant, le déficit de la branche maladie, sensé revenir d'environ 14 milliards en 2008 à 3 milliards fin 2010, ressort encore à 11,6 milliards. Ceci toujours du fait de recettes insuffisantes et de ponctions injustifiées et malheureusement récurrentes.

LES FAITS MARQUANTS POUR LA MPLCL EN 2010

Une page importante de l'histoire de notre Mutuelle vient d'être tournée. La solidarité intergénérationnelle à laquelle nous avons toujours été et sommes encore fondamentalement attachés, vient en effet d'être mise à mal par la mise en place au sein de l'entreprise LCL d'un régime obligatoire de complémentaire santé pour les actifs et leurs enfants.

Originellement prévue au 1^{er} janvier 2011 puis reportée au 1^{er} mars 2011, elle modifie bien sûr, la composition même de nos catégories et ne permet pas - exceptionnellement cette année - de faire une quelconque exégèse sur les évolutions d'effectifs par rapport aux années précédentes.

Le constat des effectifs restants au 31 mars 2011 fait donc ressortir une baisse de nos effectifs de 47 063 à 28 067 personnes protégées, la moyenne d'âge se situant désormais autour de 62 ans.

Les résultats de l'exercice 2010 donnent un résultat net excédentaire de 1 677 K€.

Ils ont été présentés et commentés lors de notre précédente Assemblée générale du 25 août 2011.

Au cours de l'année 2010, conformément à la réglementation, se sont tenues diverses réunions statutaires :

Assemblée générale ordinaire : 2 Décembre 2010

Assemblée générale extraordinaire : 16 Décembre 2010

Conseil d'administration : 13 Janvier, 31 Mars, 16 juin, 09 Septembre, 30 Septembre, 21 Octobre, 16 Décembre

Bureau : 6 réunions

Commissions :

- Secours/entraide : 5 réunions
- Réalisations sanitaires et sociales : 1 réunion
- Commission financière : 3 réunions

Au titre de son action sociale, la MPLCL a engagé 192 664,04 € de dépenses au titre d'aides exceptionnelles et d'action sociale auprès des adhérents en difficulté.

L'ANNEE 2011

Les dépenses entrant dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2011 devraient s'élever à 167,1 milliards d'euros, l'ONDAM étant maintenu à son niveau fixé initialement. L'ONDAM serait ainsi respecté pour la seconde année consécutive, avec une progression des dépenses qui devrait s'établir au global à 2,9 % par rapport à l'objectif arrêté pour 2010.

Les dépenses de soins de ville devraient être conformes aux attentes. En revanche, les dépenses des établissements de santé connaissant une forte dynamique, impliquent le déblocage des 400 millions d'euros mis en réserves pour le champ hospitalier.

Par ailleurs, se poursuit la rationalisation des transferts financiers entre les régimes de base de sécurité sociale et notamment l'examen des compensations bilatérales maladie.

Il est prévu d'encadrer ce mécanisme afin d'éviter qu'un régime, lui-même déficitaire, ne contribue plus que nécessaire à l'équilibrage d'un autre régime.

Quant à la MPLCL, cette année 2011 avait été budgétée avec la plus grande prudence dans la perspective des taxations à venir. Subissant comme l'ensemble du

monde mutualiste la première vague de taxes sur les contrats responsables et solidaires, nous avons souhaité limiter l'augmentation des cotisations aux seules taxes et dérives prévisibles pour l'année à venir.

Par ailleurs et compte tenu de la baisse des effectifs liée à la mise en place du régime obligatoire, le nombre minimum d'administrateurs avait été ramené à 10 (au lieu de 13)

Deux améliorations statutaires ont été mises en place : la prise en charge des médicaments remboursés au taux de 15 % et la participation à hauteur de 10€ par mois à l'offre complémentaire de l'association Equinoxe à son nouveau service de géo-localisation.

PERSPECTIVES POUR 2012

Conformément aux décisions prises lors de la conférence sur le déficit public en mai 2010, le Gouvernement entend respecter une trajectoire pluri-annuelle d'évolution de l'ONDAM définie dans la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, caractérisée par une progression inférieure à 3% en 2010, 2,9% en 2011 et 2,8 % de 2012 à 2014. Cette projection quadriennale vise à maintenir pendant ces quatre ans la croissance des dépenses de la Sécurité Sociale à un rythme inférieur d'un tiers à celui de la richesse nationale.

Cela signifie un effort d'économie de plus de 2 Md€ chaque année, ces économies devant être justement réparties entre efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, baisse des coûts des médicaments par le développement des génériques et l'action sur les prix des produits, amélioration de l'efficacité hospitalière et convergence tarifaire : les mesures viseront prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins, ce à quoi on ne peut qu'adhérer a priori.

Ainsi, pour l'exercice 2012, le respect d'une progression des dépenses sous ONDAM de 2,8% par rapport à l'objectif 2011 implique une exigence de 2,2 Md€ d'économies, celles-ci devant être atteintes :

- par de nouvelles actions de maîtrise médicalisée, pour 550 M€ d'économies ;
- par des ajustements tarifaires dans le domaine des produits de santé dans le cadre de la politique conventionnelle, pour un montant de 770 M€ ;
- par des baisses de tarifs de certains actes médicaux, principalement en radiologie et en biologie, à hauteur de 170 M€ ;

- par une harmonisation et une simplification du calcul des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail, ce qui permettra d'économiser 220 M€ ;
- enfin, dans le domaine hospitalier, par la poursuite de la convergence tarifaire, l'amélioration de la performance à l'hôpital et l'intensification des politiques de lutte contre la fraude, dont sont attendues 450 M€ d'économies.

Cette gestion rigoureuse semble préserver un système de soins performant et égalitaire. C'est en fait, une « fausse barbe », dans le cadre d'une réflexion purement économique. Cela constitue un véritable plan de rigueur, avec à la clé, des mesures supplémentaires de déremboursement, une taxation supplémentaire amenant pour certaines mutuelles à une réflexion sur une sortie éventuelle des contraintes des contrats responsables et un impératif d'augmentation des cotisations pourtant parvenues à un niveau maximum dans la plupart des budgets de nos adhérents.

Conservé une mutuelle est pourtant essentiel pour une famille quand on constate que le taux de remboursement par la Sécurité Sociale des soins de ville (médecine générale, optique, dentaire,...) est descendu à 55%.

Dans ce cadre général, la mise en place du régime obligatoire de complémentaire santé au sein de LCL a amené une réflexion sur le devenir de la MPLCL.

Afin de garantir à l'ensemble des adhérents la possibilité de revenir à un équilibre intergénérationnel, à garantir des prestations de qualité au meilleur coût, nous avons soumis au vote de l'assemblée générale du 25 août dernier l'opportunité de nous associer au projet de fusion porté par notre organisme gestionnaire l'UMC afin d'élargir notre socle d'adhérents et de fortifier nos bases.

Un vote très favorable a entériné ce projet. La fusion MPLCL UMC Santé devrait donc être opérationnelle au 1^{er} janvier 2012.

Dans cette période de transition où nous travaillons à une prospective à plus long terme, le vote en septembre 2011, d'une taxe supplémentaire de 3.5% des cotisations venant doubler la taxe initiale sur les contrats solidaires et responsables va à nouveau impacter considérablement nos charges. Cela constitue purement et simplement un nouvel impôt sur la santé, creusant encore davantage les inégalités face à l'offre de soins. Risquent ainsi d'être privés de protection santé les plus fragiles et ce, au moment même où ils sont le plus exposés, en avançant dans l'âge.

Ajoutons à cela, comme chaque année, l'évolution programmée des dépenses de santé, estimée par la Fédération Nationale de la Mutualité Française pour 2012 à environ 3,1 % ...

Adaptée aux habitudes de consommation de nos adhérents, l'augmentation des cotisations devrait même être impactée de 3,8% supplémentaires.

Prenant en considération la pertinence de nos prévisions budgétaires, confirmée par des résultats équilibrés et désireux de ne pas alourdir davantage le budget

consacré à la mutuelle de chacun de nos adhérents, conscients et soucieux du risque de dégradation de l'accès aux soins que représentent les décisions gouvernementales, le montant des cotisations que nous proposons d'appeler tiendra compte uniquement de l'augmentation de la taxe, soit 3,5%.

Après une période mouvementée, l'année 2012 va nous permettre d'envisager plus sereinement l'étude de notre devenir dans le monde mutualiste de demain.

Une page nouvelle de notre histoire s'écrit dans l'UMC.

Présentation des demandes de l'autorité de contrôle prudentiel de modifications à apporter au projet de traité de fusion par absorption de la mutuelle MPLCL par UMC SANTE, ainsi qu'à la convention de transfert de portefeuille y afférente

ANCIEN TEXTE

NOUVEAU TEXTE

ANCIEN TEXTE	NOUVEAU TEXTE
TRAITE DE FUSION	TRAITE DE FUSION
ARTICLE 3. : MOTIFS ET BUTS DE LA FUSION	ARTICLE 3. : MOTIFS ET BUTS DE LA FUSION
<p>3.1. Objet de l'opération .../...</p> <p>Dans le même temps, l'union UMC a décidé de sa dissolution et le transfert à UMC Santé, dans le cadre des opérations de liquidation, des éléments d'actif et de passif affectés à son activité de substitution, de réassurance et de son activité « Nouvelle Gamme »</p>	<p>3.1. Objet de l'opération .../...</p> <p>Dans le même temps, l'union UMC a décidé de sa dissolution et le transfert à UMC SANTÉ, dans le cadre des opérations de liquidation, <i>et conformément à l'article L.113-4 du Code de la Mutualité, de son activité « Nouvelle Gamme » et des éléments d'actif et de passif subsistants</i></p>
ARTICLE 9 : DECLARATIONS ET STIPULATIONS RELATIVES AU PATRIMOINE A TRANSMETTRE	ARTICLE 9 : DECLARATIONS ET STIPULATIONS RELATIVES AU PATRIMOINE A TRANSMETTRE
<p style="text-align: center;">.../...</p> <p>9.2.2.5.1 L'union UMC .../...</p> <p>Dans le cadre du projet de restructuration du groupe UMC présenté à l'article 4 ci-avant, l'union UMC est appelée à procéder à sa dissolution et au transfert à UMC SANTE de ses activités de substitution et d'assurance directe, sous réserve de réalisation de conditions suspensives notamment d'agrément de cette dernière par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de l'autorisation du transfert de portefeuille de la MPLCL à UMC SANTE</p>	<p style="text-align: center;">.../...</p> <p>9.2.2.5.1 L'union UMC .../...</p> <p>Dans le cadre du projet de restructuration du groupe UMC présenté à l'article 4 ci-avant, l'union UMC est appelée à procéder à sa dissolution et au transfert à UMC SANTE <i>de ses actifs et passifs subsistants</i></p>
ARTICLE 10. CHARGES ET CONDITIONS – PRISE EN CHARGE DE L'ACTIF ET DU PASSIF	ARTICLE 10. CHARGES ET CONDITIONS – PRISE EN CHARGE DE L'ACTIF ET DU PASSIF
<p>10.1 En ce qui concerne la mutuelle UMC SANTE .../...</p> <p>a) La mutuelle UMC SANTE prendra les biens et droits, dans l'état où le tout se trouvera lors de la prise de possession sans pouvoir prétendre à aucune indemnité, pour quelque cause que ce soit, et notamment pour erreur de désignation, changement dans la composition des biens existants à la date d'entrée en jouissance. La mutuelle UMC SANTE prendra notamment le portefeuille et les actifs transférés en l'état à la date du transfert définitif</p> <p>10.2 En ce qui concerne la mutuelle MPLCL .../...</p> <p>b) Le représentant de la mutuelle MPLCL ès-qualité.../... Il s'oblige notamment à mettre à la disposition de la mutuelle absorbante, dès la date d'effet définitive de la fusion-absorption tous les éléments relatifs au portefeuille et aux actifs transférés, en ce inclus bulletins d'adhésion, les éléments comptables s'y rapportant, ainsi que toutes pièces relatives aux actifs transférés.</p>	<p>10.1 En ce qui concerne la mutuelle UMC SANTE .../...</p> <p>La mutuelle UMC SANTÉ prendra les biens et droits, dans l'état où le tout se trouvera lors de la prise de possession sans pouvoir prétendre à aucune indemnité, pour quelque cause que ce soit, et notamment pour erreur de désignation, changement dans la composition des biens existant à la date d'entrée en jouissance. La mutuelle UMC SANTÉ prendra notamment le portefeuille et les actifs transférés en l'état à <i>la date de réalisation définitive de la fusion.</i></p> <p>10.2 En ce qui concerne la mutuelle MPLCL .../...</p> <p>b) Le représentant de la mutuelle MPLCL ès-qualité.../... Il s'oblige notamment à mettre à la disposition de la mutuelle absorbante, <i>dès la date de réalisation définitive de la fusion-</i> tous les éléments relatifs au portefeuille et aux actifs transférés, en ce inclus les bulletins d'adhésion, les éléments comptables s'y rapportant, ainsi que toutes pièces relatives aux actifs transférés</p>

ANCIEN TEXTE

NOUVEAU TEXTE

ARTICLE 13. REALISATION DEFINITIVE DE LA FUSION – CONDITIONS SUSPENSIVES

La réalisation définitive de la fusion et la dissolution de la mutuelle absorbée sont subordonnées à la réalisation des conditions suspensives suivantes :

.../...

- Autorisation de l’Autorité de Contrôle Prudentiel pour la conclusion de nouvelles conventions de substitution entre la mutuelle UMC SANTE et les mutuelles Cybèle Solidarité, MTD, Setram et Guillerm, ainsi qu’en conséquence du transfert par l’union UMC à la mutuelle UMC Santé des éléments d’actif et de passif affectés à son activité de substitution ;

.../...

- Autorisation de l’Autorité de Contrôle Prudentiel pour la conclusion de nouveaux contrats de réassurance entre la mutuelle UMC SANTE et les mutuelles La France Maritime et l’Union Nationale de Prévoyance et de Réassurance de la Mutualité Française (dit MUTEX), ainsi qu’en conséquence du transfert par l’union UMC à la mutuelle UMC SANTE des éléments d’actif et de passif affectés à son activité de réassurance.

La fusion deviendra définitive au 31 décembre 2011 à minuit, sous réserve de réalisation de l’ensemble de ces conditions suspensives

ARTICLE 13. REALISATION DEFINITIVE DE LA FUSION – CONDITIONS SUSPENSIVES

La réalisation définitive de la fusion et la dissolution de la mutuelle absorbée sont subordonnées à la réalisation des conditions suspensives suivantes :

.../...

- Autorisation de l’Autorité de Contrôle Prudentiel pour la conclusion de nouvelles conventions de substitution entre la mutuelle UMC Santé et les mutuelles Cybèle Solidarité, MTD, Setram et Guillerm, ainsi qu’en conséquence du transfert par l’union UMC à la mutuelle UMC Santé *des éléments d’actif et de passif subsistants*.

.../...

- Autorisation de l’Autorité de Contrôle Prudentiel pour la conclusion de nouveaux contrats de réassurance entre la mutuelle UMC Santé et les mutuelles La France Maritime et l’Union Nationale de Prévoyance et de Réassurance de la Mutualité Française (dit MUTEX), ainsi qu’en conséquence du transfert par l’union UMC à la mutuelle UMC Santé des éléments d’actif et de passif y affectés.

La fusion deviendra définitive à la date de réalisation des dernières conditions suspensives

ARTICLE 14. DISSOLUTION DE LA MUTUELLE ABSORBÉE

La mutuelle MPLCL sera dissoute de plein droit, par le seul fait et à compter du jour de la réalisation définitive de la fusion c’est-à-dire à l’issue de la levée de la dernière des conditions suspensives prévues à l’article 13 ci avant et qui seront énoncées aux résolutions proposées aux assemblées générales.

ARTICLE 14. DISSOLUTION DE LA MUTUELLE ABSORBÉE

La mutuelle MPLCL sera dissoute de plein droit, par le seul fait et à compter *de la date de la réalisation définitive de la fusion* c’est-à-dire à l’issue de la levée de la dernière des conditions suspensives prévues à l’article 13 ci avant et qui seront énoncées aux résolutions proposées aux assemblées générales.

CONVENTION DE TRANSFERT DE PORTEFEUILLE

ARTICLE 4. Conditions suspensives

.../...

Autorisation de l’Autorité de Contrôle Prudentiel pour la conclusion de nouvelles conventions de substitution entre la mutuelle UMC SANTE et les mutuelles Cybèle Solidarité, MTD, Setram et Guillerm, ainsi qu’en conséquence du transfert par l’Union UMC à la mutuelle UMC SANTE des éléments d’actif et de passif affectés à son activité substitution ;

.../...

Pas de 5^{ème} alinéa

CONVENTION DE TRANSFERT DE PORTEFEUILLE

ARTICLE 4. Conditions suspensives

.../...

Autorisation de l’Autorité de Contrôle Prudentiel pour la conclusion de nouvelles conventions de substitution entre la mutuelle UMC Santé et les mutuelles Cybèle Solidarité, MTD, Setram et Guillerm, ainsi qu’en conséquence du transfert par l’Union UMC à la mutuelle UMC SANTÉ *des éléments d’actif et de passif subsistants*

.../...

Autorisation de l’Autorité de Contrôle Prudentiel pour la conclusion de nouveaux contrats de réassurance entre la mutuelle UMC SANTÉ et les mutuelles La France Maritime et l’Union Nationale de Prévoyance et de Réassurance de la Mutualité Française (dit MUTEX), ainsi qu’en conséquence du transfert par l’union UMC à la Mutuelle UMC Santé des éléments d’actifs et de passif y affectés.

Tableaux

Cotisations et Prestations

au 1^{er} janvier 2012

COTISATIONS (au 1^{er} Janvier 2012)

I – A : RISQUE MEDICO-CHIRURGICAL

PERSONNES PROTEGEES	COTISATION MENSUELLE
PARTICIPANTS(*), CONJOINTS, ENFANTS MAJEURS ET ASCENDANTS	
<ul style="list-style-type: none"> - 29 ans et moins (nés entre 1982 et 2012) - 30 à 49 ans (nés entre 1962 et 1981) - 50 ans et plus (nés avant 1961) 	39.28 € 49.27 € 52.75 €
ENFANTS MINEURS (moins de 18 ans) - (nés entre 1993 et 2012) <ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} enfant - 2^{ème} enfant - 3^{ème} enfant et suivants 	19.64 € 9.82 € Exonération
ETUDIANTS	
<ul style="list-style-type: none"> - 16 à 28 ans (nés entre 1983 et 1995) 	28.85 €
ENFANTS MINEURS (moins de 18 ans) - (nés entre 1993 et 2012) <ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} enfant. - 2^{ème} enfant. - 3^{ème} enfant et suivants 	14.42 € 7.21 € Exonération
ADHERENTS RELEVANT DU REGIME GENERAL LOCAL D'ALSACE-MOSELLE	
PARTICIPANTS(*), CONJOINTS, ENFANTS MAJEURS ET ASCENDANTS <ul style="list-style-type: none"> - 29 ans et moins (nés entre 1982 et 2012) - 30 à 49 ans (nés entre 1962 et 1981) - 50 ans et plus (nés avant 1961) 	29.95 € 36.72 € 40.39 €
ENFANTS MINEURS (moins de 18 ans) - (nés entre 1993 et 2012) <ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} enfant - 2^{ème} enfant. - 3^{ème} enfant et suivants 	14.98 € 7.49 € Exonération

On déterminera l'âge en cours le 1^{er} Janvier, par la différence entre le millésime de l'année échue et celui de la naissance.

(*) Hors subvention de l'employeur

I - B : RISQUE CHIRURGICAL

PERSONNES PROTEGEES (Adhésions antérieures au 01/01/91)	COTISATION MENSUELLE
Participants, Conjoints, Ascendants et Enfants majeurs	14.98 €

I - C : Membres honoraires

PERSONNES PROTEGEES	COTISATION MENSUELLE
Membres honoraires - cotisation annuelle	12.00 €

II - REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTIONNEL (Montants mensuels)

Option A	Option B	Option C	Option D
5,38 €	8,83 €	23,26€	27,45 €

Par personne protégée avec exonération pour le 3^{ème} enfant mineur et les suivants.

III: REGIME SPECIAL FORFAITS

PERSONNES PROTEGEES	COTISATION MENSUELLE
Participants, Conjoints, Ascendants et Enfants majeurs	7.33 €
Enfants mineurs (moins de 18 ans) (nés entre 1993 et 2012)	
- 1 ^{er} enfant	3.66 €
- 2 ^{ème} enfant	1.83 €
- 3 ^{ème} enfant et suivants	Exonération

IV: REGIME PRELUDE

PERSONNES PROTEGEES	COTISATION MENSUELLE
Participants*, Conjoints, Ascendants et Enfants majeurs	
- 29 ans et moins (nés entre 1982 et 2012)	21.30 €
- 30 à 49 ans (nés entre 1962 et 1981)	23.08 €
- 50 ans et plus (nés avant 1961)	25.08 €
Enfants mineurs (moins de 18 ans) (nés entre 1993 et 2012)	
- 1 ^{er} enfant	10.65 €
- 2 ^{ème} enfant	5.33 €
- 3 ^{ème} enfant et suivants	Exonération

Pour l'ensemble des tableaux de prestations

Conformément à la loi du 13 août 2004 portant sur la réforme de l'Assurance Maladie, et à la mise en œuvre des Contrats Responsables, la mutuelle prend en charge au moins 2 prestations de prévention, ne prend en charge aucun dépassement d'honoraires et, le cas échéant, aucune majoration du ticket modérateur (pour l'ensemble des actes médicaux servis hors parcours de soins).

PRESTATIONS DU REGIME SPECIAL PRELUDE (au 1^{er} janvier 2012)

DESIGNATION DES ACTES	TAUX DE REMBOURSEMENT en parcours de soins (1)	
	REGIME OBLIGATOIRE	MUTUELLE
- Consultations, visites	70 %	30 %
Franchise actes techniques (si K ≥ 50 ou frais réels ≥ 91€)		18,00 €
- Actes techniques médicaux	70 %	30 %
- Radiologie et autres actes d'imagerie	70 %	30 %
- Pharmacie	15 %/35 % / 65 %	85 %/65 % / 35 %
- Analyses et examens de laboratoire	60 %	40 %
- Ostéodensitométrie avec ou sans RO ⁽²⁾		Forfait annuel 80 €
- Soins dentaires	70 %	30 %
- Prothèses dentaires (en cas d'application du TM ⁽²⁾)	70 %	30 %
- Prothèses dentaires prises en charge par le RO ⁽²⁾	70 %	
- Prothèses dentaires non prises en charge par le RO ^{(2) (3) (4)}	néant	100 %
- Orthodontie avec ou sans RO ⁽²⁾	70 % / 100 %/néant	30 % / 0 %/ 100 %
- Optique (si application du ticket modérateur)	65 %	35 %
- Optique (en cas d'exonération du ticket modérateur)	100 %	
- Optique – Monture et verres (forfait annuel) <ul style="list-style-type: none"> ● Verres unifocaux ≤ ± 6 ⁽⁴⁾ ● Autres corrections ● Verres multifocaux ≤ ± 4 ● Autres corrections 		80 € 95 € 100 € 120 €
- Optique : lentilles (prises ou non prises R.O.)		Forfait annuel 50 €
- Auxiliaires médicaux	60 %	40 %
- Hospitalisation		
. prix de journée (maximum 30 jours)	80 %	20 %
. forfait journalier		18 €
-Vaccins non pris en charge par le RO ⁽²⁾	néant	15%
- Pilule troisième génération	néant	30%
- Forfait téléassistance « Equinoxe »	néant	Forfait mensuel 10 €
- Forfait géolocalisation « Équinoxe »	néant	Forfait mensuel 10 €

(1) Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement conventionnelle du régime obligatoire au 1er janvier 2012, en dehors de ceux pour lesquels est apportée une précision.

(2) TM = Ticket Modérateur – RO = Régime obligatoire

(3) Prestation versée après avis du contrôle dentaire de la mutuelle et sur présentation des pièces justificatives avant et après exécution

(4) autres prothèses : une participation de la mutuelle est établie selon nomenclature S.S

* **tableau établi sous réserve de l'évolution de la législation**

PRESTATIONS DU REGIME DE BASE (au 1^{er} janvier 2012)

DESIGNATION DES ACTES	DESIGNATION DES ACTES		
	REGIME OBLIGATOIRE	MUTUELLE	
		TM (2)	PREST. AMELIOREES
- Consultations, visites	70 %	30 %	
Franchise actes techniques (si K ≥ 50 ou frais réels ≥ 91€)			18,00 €
- Actes techniques médicaux ou	70 % 100 %	70 %	25 % 25 %
- Radiologie et autres actes d'imagerie	70 %	30 %	
- Pharmacie	15 %/35 % / 65 %	85 %/65 % / 35 %	
- Analyses et examens de laboratoire	60 %	40 %	
- Ostéodensitométrie avec ou sans RO ⁽²⁾	néant		Forfait annuel 80 €
- Soins dentaires	70 %	30 %	
- Prothèses dentaires (en cas d'application du TM ⁽²⁾)	70 %	30 %	70 %
- Prothèses dentaires prises en charge par le RO ⁽²⁾	100 %		70 %
- Prothèses dentaires non prises en charge par le RO ^{(2) (3 (4))}	néant		100 %
- Orthodontie avec ou sans RO ⁽²⁾	70 % / 100 %/ 0%		100 % / 70 %/ 100 %
- Implants – Forfait annuel ⁽⁷⁾			100 €
- Orthopédie	65 %	35 %	
- Semelles orthopédiques	65 %	35 %	Forfait 80 €
- Prothèses auditives simples ⁽⁷⁾	65 %	35 %	Forfait 310 €
- Prothèses auditives stéréophoniques ⁽⁷⁾	65 %	35 %	Forfait 620 €
- Piles acoustiques	65 %	35 %	Forfait annuel 60 €
- Optique (si application du ticket modérateur)	65 %	35 %	
- Optique (en cas d'exonération du ticket modérateur)	100 %		
- Optique – Monture et verres (forfait annuel) ● Verres unifocaux ≤ ± 6 (4) ● Autres corrections ● Verres multifocaux ≤ ± 4 ● Autres corrections			80 € 95 € 100 € 120 €
- Optique : lentilles (prises ou non prises R.O.)			Forfait annuel 50 €
- Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	
- Cures thermales (forfait transport et hébergement) . frais d'accompagnant enfant suivant cure thermique ⁽⁵⁾	65 %	35 %	Forfait 80 € Forfait annuel 40 €
- Actes chirurgicaux			
. honoraires	80 %	20 %	
. dépassement d'honoraires ⁽⁴⁾			275 %
. salle d'opération, médicaments, analyses	65 %	35 %	
- Hospitalisation			
. prix de journée (maximum 30 jours)	80 %	20 %	
. chambre particulière (maximum 60 jours)			42 € / jour
. forfait journalier			18 € / jour
- Maternité : Chambre particulière			42 € / jour
- Prothèses mammaires ou capillaires ⁽⁷⁾	100 %		200 €
- Fauteuils roulants			
- Sans moteur			1000 €
- avec moteur électrique			2000 €
- Frais d'accompagnant (maximum 7 jours) ⁽⁵⁾			15 € / jour
- Transport et déplacement	65 %	35 %	
- Allocation de naissance ⁽⁶⁾			125 €
- Allocation pour enfant handicapé ⁽⁶⁾			390 €

PRESTATIONS DU REGIME DE BASE - (suite)

DESIGNATION DES ACTES	DESIGNATION DES ACTES		
	REGIME OBLIGATOIRE	MUTUELLE	
		TM (2)	PREST. AMELIOREES
-Vaccins non pris en charge par le RO ⁽²⁾	néant		15%
- Pilule troisième génération	néant		Forfait annuel 30 €
- Forfait téléassistance « Equinoxe »	néant		Forfait mensuel 10 €
- Forfait géolocalisation « Équinoxe »	néant		Forfait mensuel 10 €

(1) Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement conventionnelle du régime obligatoire au 1^{er} janvier 2012, en dehors de ceux pour lesquels est apportée une précision.

(2) TM = Ticket Modérateur – RI = Régime obligatoire

(3) Prestation versée après avis du contrôle dentaire de la mutuelle et sur présentation des pièces justificatives avant et après exécution

(4) La participation au titre des dépassements d'honoraires est accordée dans la double limite de 275% de la base de remboursement conventionnelle du régime obligatoire au 1^{er} janvier 2012 et 90% du montant du supplément d'honoraires.

(5) Concerne les enfants de moins de 16 ans ou handicapés

(6) Prestation exceptionnelle pour 2012

(7) Autres prothèses : une participation de la mutuelle est établie selon nomenclature S.S.

* *tableau établi sous réserve de l'évolution de la législation*

PRESTATIONS DU REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTIONNEL (au 1^{er} janvier 2012)

TYPE D'ACTE	Option A	Option B	Option C	Option D
Prothèse dentaire et Orthodontie prises en charge ou non prises en charge (1) par le RO ⁽³⁾	50%	50%	260%	260%
Parodontologie non prise en charge par le RO, forfait par quadrant	115 €	115 €	115 €	115 €
Implants – Forfait annuel ⁽⁴⁾	215 €	215 €	300 €	300 €
Inlay et onlay, forfait par dent	15 €	15 €	15 €	15 €
- Optique – Monture et verres (forfait annuel)				
• Verres unifocaux $\leq \pm 6$ (4)	110 €	110 €	110 €	290 €
• Autres corrections	130 €	130 €	130 €	335 €
• Verres multifocaux $\leq \pm 4$	140 €	140 €	140 €	365 €
• Autres corrections	170 €	170 €	170 €	440 €
Lentilles (prises ou non prises R.O.)	80 € / an	80 € / an	80 € / an	80 € / an
Chirurgie réfractive	150 €	150 €	150 €	150 €
CMG (consultation médicale généraliste) / VMG (visite médicale généraliste)		10 €	10 €	13 €
CMS (consultation médicale spécialiste) / VMS (visite médicale spécialiste)		16 €	16 €	20 €
CNP (consultation neuro-psychiatrie) / VNP (visite neuro-psychiatrie)		20 €	20 €	24 €

* *tableau établi sous réserve de l'évolution de la législation*

PRESTATIONS DU REGIME SPECIAL FORAITS (au 1^{er} janvier 2012)

DESIGNATION DES ACTES	REGIME OBLIGATOIRE	MUTUELLE
Prothèses dentaires non prises en charge par le Régime Obligatoire ⁽³⁾	néant	100% de la base de remboursement conventionnelle du régime obligatoire
Semelles orthopédiques	65%	80 €
Prothèses auditives simples (4)	65%	310 €
Prothèses auditives stéréophoniques ⁽⁴⁾	65%	620 €
Piles acoustiques	65%	Plafond annuel 60 €
Optique (si application du ticket modérateur)	65%	35%
Optique (en cas d'exonération du ticket modérateur)	100%	
Optique – Monture et verres (forfait annuel) <ul style="list-style-type: none"> ● Verres unifocaux $\leq \pm 6$ (4) ● Autres corrections ● Verres multifocaux $\leq \pm 4$ ● Autres corrections 		80 € 95 € 100 € 120 €
Optique : lentilles		Plafond annuel 50 €
Prothèses mammaires ou capillaires ⁽⁴⁾	100%	200%
Fauteuils roulants		
sans moteur		1000 €
avec moteur électrique		2000 €
Allocation de naissance ⁽²⁾		125 €
aAllocation pour enfant handicapé ⁽²⁾		390 €

(1) Prestation versée après avis du contrôle dentaire de la mutuelle et sur présentation des pièces justificatives avant et après exécution

(2) Prestation exceptionnelle pour 2012

(3) Prestation versée après avis du contrôle dentaire de la mutuelle et sur présentation des pièces justificatives avant et après exécution

(4) Autres prothèses : une participation de la mutuelle est établie selon nomenclature de la S.S.

* *tableau établi sous réserve de l'évolution de la législation*

Compte tenu de ce qui précède, nous vous demandons de bien vouloir adopter les résolutions qui vous sont soumises

RÉSOLUTIONS PROPOSÉES

Résolution nécessitant une majorité de 2/3 des suffrages exprimés

1^{ère} Résolution. Approbation des modifications apportées au Traité de fusion et à la Convention de transfert de Portefeuille y afférente

L'Assemblée générale approuve les modifications apportées au traité de fusion et à la Convention de transfert de Portefeuille telles qu'elles lui ont été présentées

2^{ème} Résolution. Approbation du nouveau barème de cotisations

L'assemblée générale approuve le barème de cotisations qui s'appliquera à compter du 1er janvier 2012 et la modification du tableau figurant en annexe du Règlement mutualiste qui en résulte.

3^{ème} Résolution. Constitution, au titre de l'année 2012, d'une enveloppe de 400 000 € destinée à servir dans les conditions stipulées aux articles 7 et 12 du règlement mutualiste des aides forfaitaires à l'occasion d'évènements particuliers, notamment :

- **Naissance ou adoption = 125 €**
- **Enfants handicapés à charge = 390 €**

L'assemblée générale décide de constituer une enveloppe de 400 000 € pour servir en 2012 des aides forfaitaires à l'occasion d'évènements particuliers.

