

MUTUELLE DU PERSONNEL LCL

Statuts

Règlement intérieur

Règlement mutualiste

Édition 2011

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du *Code de la Mutualité*

RNM n° 784 205 221

Approuvée par arrêté ministériel du 3 avril 1929 sous le n° préfectoral 75-3453

TABLE DES MATIÈRES

STATUTS

TITRE 1^{er}	Formation, objet et composition de la Mutuelle	4
CHAPITRE 1 ^{er}	<u>Formation, objet et composition de la Mutuelle</u>	4
CHAPITRE 2.	<u>Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion</u>	6
SECTION 1. —	<u>Adhésion</u>	6
SECTION 2. —	<u>Conditions de maintien, de suspension, de démission, de radiation, d'exclusion</u>	8
TITRE II.	Administration de la Mutuelle	10
CHAPITRE 1 ^{er}	<u>Assemblée générale</u>	10
SECTION 1. —	<u>Composition. — Élection</u>	10
SECTION 2. —	<u>Réunion de l'Assemblée générale</u>	10
CHAPITRE 2.	<u>Conseil d'administration</u>	13
SECTION 1. —	<u>Composition. — Élections.</u>	13
SECTION 2. —	<u>Attributions du Conseil d'administration</u>	15
SECTION 3. —	<u>Statut des administrateurs</u>	15
CHAPITRE 3.	<u>Président et Bureau</u>	17
SECTION 1. —	<u>Élection et missions du président</u>	17
SECTION 2. —	<u>Élection et composition du Bureau</u>	18
CHAPITRE 4.	<u>Organisation financière</u>	19
SECTION 1. —	<u>Produits et charges</u>	19
SECTION 2. —	<u>Modes de placement et de retrait des fonds, règles de sécurité financières</u>	20
SECTION 3. —	<u>Commissaire(s) aux comptes. — Fonds d'Établissement</u>	21
TITRE III.	Information des adhérents	22
TITRE IV.	Dispositions diverses	22

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

CHAPITRE 1 ^{er}	<u>Assemblée générale</u>	23
CHAPITRE 2.	<u>Conseil d'administration</u>	23

RÈGLEMENT MUTUALISTE

CHAPITRE 1 ^{er}	<u>Catégories de bénéficiaires</u>	25
CHAPITRE 2.	<u>Adhésions, démissions</u>	26
CHAPITRE 3.	<u>Obligations des adhérents envers la Mutuelle</u>	29
CHAPITRE 4.	<u>Obligations de la Mutuelle envers les adhérents</u>	29
Section 1.	<u>Dispositions générales</u>	29
CHAPITRE 5.	<u>Conditions de participation de la Mutuelle au remboursement des frais</u>	35

»»»»

ANNEXES

COTISATIONS PAR RÉGIMES	38
<u>Cotisations (au 1^{er} janvier 2011)</u>	38
I. A. — <u>Risque médico-chirurgical</u>	38
I. B. — <u>Risque chirurgical</u>	38
I. C. — <u>Membres honoraires</u>	38
II. — <u>Régime surcomplémentaire optionnel</u>	38
III. — <u>Régime spécial forfaits</u>	38
IV. — <u>Régime Prélude</u>	38
PRESTATIONS PAR RÉGIMES	39
<u>Prestations du régime spécial Prélude (au 1^{er} janvier 2011)</u>	39
<u>Prestations du régime de base (au 1^{er} janvier 2011)</u>	40
<u>Prestations du régime surcomplémentaire optionnel (au 1^{er} janvier 2011)</u>	41
<u>Prestations du régime spécial forfaits (au 1^{er} janvier 2011)</u>	41
CATÉGORIES MPLCL	42
<u>Tableau de référence des Catégories MPLCL 2011</u>	42

STATUTS

TITRE 1^{er}

Formation, objet et composition de la Mutuelle

CHAPITRE 1^{er}

Formation, objet et composition de la Mutuelle

ARTICLE 1. — Dénomination de la Mutuelle

Il est constitué une mutuelle interentreprises, inscrite au Registre National de la Mutualité sous le numéro 784 205 221, dénommée « *MPLCL — Mutuelle du Personnel LCL* », qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du *Code de la mutualité*.

ARTICLE 2. — Siège de la Mutuelle

Le siège de la Mutuelle est situé 35-37, rue Saint-Sabin, 75011 PARIS.

ARTICLE 3. — Objet de la Mutuelle

La Mutuelle a pour objet d'exercer les activités qui relèvent des branches 1 et 2 du Livre II, et visant à :

- 1°** Servir à ses membres participants et à leurs ayants droit, selon leur adhésion à un des quatre régimes, *Prélude, médico-chirurgical, chirurgical, spécifique forfaits*, des prestations en cas de maladie, maternité, intervention chirurgicale ou hospitalisation du ressort des régimes français d'assurance maladie et de la Caisse de Compensation des Services Sociaux monégasque, cette caisse étant assimilée pour l'ensemble des *Statuts, Règlements Mutualiste et Intérieur*, à la Sécurité Sociale française.
- 2°** Permettre à ces mêmes membres adhérant au Régime médico-chirurgical de souscrire à des garanties surcomplémentaires optionnelles.
- 3°** D'une manière générale, venir en aide dans la mesure du possible aux membres participants et à leurs ayants droit par tous les moyens et sous toutes les formes qui paraîtraient les plus opportunes, notamment créer un Fonds de solidarité et accorder, à l'aide des ressources de ce fonds, des aides à l'occasion de naissances, adoptions, enfants handicapés à charge, des secours en cas de maladie, d'intervention chirurgicale ou décès, entraînant des dépenses élevées ou, exceptionnellement, en cas de besoins graves et urgents.
- 4°** Participer à la Couverture Maladie Universelle dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires.

Les allocations accessoires sont servies uniquement aux membres participants et à leurs ayants droit et les prestations déclinées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit.

ARTICLE 4. — Règlement mutualiste

En application de l'article L114-1 du *Code de la mutualité*, un règlement mutualiste adopté par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

ARTICLE 5. — Règlement intérieur

Un *Règlement intérieur*, établi par le Conseil d'administration et approuvé par l'Assemblée générale, détermine les conditions d'application des présents *Statuts*.

Le Conseil d'administration peut apporter au *Règlement intérieur* des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.

ARTICLE 6. — Respect de l'objet des mutuelles

Les instances dirigeantes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L111-1 du *Code de la mutualité*.

ARTICLE 7. — Informatique et libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

CHAPITRE 2. Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

SECTION 1. — Adhésion

ARTICLE 8. — Membres et ayants droit de la Mutuelle

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ainsi que leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

1. La personne physique qui peut adhérer à la Mutuelle, en qualité de membre participant doit être :

- Soit membre du personnel de l'une des entreprises ou l'un des organismes suivants :
 - LCL ;
 - entreprises ayant signé une convention spécifique avec la Mutuelle ;
 - organismes sociaux de ces entreprises.
- Soit enfant majeur d'un membre participant ; la demande d'adhésion doit alors être formulée avant le 28^e anniversaire.

Peut également devenir membre participant :

- Le conjoint ou signataire d'un PACS, ayant droit d'un membre participant décédé, dans un délai de 6 mois suivant sa radiation, avec possibilité d'adhésion de nouveaux ayants droit.
- Le conjoint divorcé ou séparé ayant droit d'un membre bénéficiaire, dans un délai de 6 mois suivant sa radiation, avec possibilité d'adhésion de nouveaux ayants droit.
- L'ayant droit atteignant l'âge de 16 ans, sans l'intervention de son représentant légal.
- Le membre honoraire, personne physique, avec la possibilité d'adhésion de nouveaux ayants droit.

Devient automatiquement membre participant, sous réserve des procédures prévues à l'article 9 :

- L'ayant droit mineur devenu orphelin, sauf demande écrite de démission par le tuteur légal.
- L'ayant droit âgé de 16 à moins de 28 ans faisant valoir sa qualité d'étudiant.
- L'ayant droit de moins de 28 ans procédant à l'adhésion de son conjoint ou ayant droit.
- L'ayant droit atteignant l'âge de 28 ans, sauf demande écrite de démission, avec possibilité d'adhésion de nouveaux ayants droit.

Conserve sa qualité de membre participant :

- Le membre participant dont le contrat de travail avec l'une des entreprises ou organismes mentionnés ci-dessus est temporairement suspendu par suite, en particulier, d'un détachement ou d'un congé sans traitement (sabbatique, parental, d'adoption, création d'entreprise, individuel de formation, droit à réintégration...).
- Le membre participant qui quitte pour quelque motif que ce soit (démission, licenciement, retraite) l'une des entreprises ou organismes mentionnés ci-dessus, sauf demande expresse de sa part.

Les membres honoraires sont :

- soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou ont fait des dons ou rendu des services équivalents, sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle ;
- soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Peuvent également être membres honoraires les membres participants détachés provisoirement de l'une des entreprises ou l'un des organismes cités précédemment, dans des conditions ne leur permettant pas de faire valoir normalement leurs droits aux services de la Mutuelle.

2. Les ayants droit des membres participants qui peuvent bénéficier des prestations de la Mutuelle sont :

- les conjoints ;
- les enfants des membres participants ou de leurs conjoints ;
- les ascendants.

Sont considérés :

Conjoints :

- l'époux ou l'épouse du membre participant ;
- la personne vivant maritalement avec le membre participant ;
- la personne signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec le membre participant.

Le membre participant doit être âgé de moins de 65 ans au moment de son adhésion. Il s'engage à porter immédiatement à la connaissance de la Mutuelle toute modification intervenant dans la situation déclarée lors de son adhésion à la Mutuelle.

Enfants :

Les enfants du membre participant ou d'ayants droit jusqu'à leur 28^e anniversaire, sauf demande expresse de leur part à partir de leur 16^e anniversaire.

Ascendants :

Les ascendants du membre participant ou de son conjoint, âgés d'au moins 60 ans et à la charge du membre participant, à condition :

- soit qu'ils ne soient pas imposables sur le revenu des personnes physiques et qu'ils vivent sous le toit du membre participant ou qu'ils bénéficient de l'allocation de logement social versée par les caisses d'allocations familiales.
- soit qu'ils justifient de leur inscription sur la carte d'assuré social du membre participant ou de son conjoint.

ARTICLE 9. — Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la Mutuelle, les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 8.

L'admission des membres est décidée par le Conseil d'administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des *Statuts*, du *Règlement intérieur*, et des droits et obligations définis par le *Règlement mutualiste*.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des *Statuts*, du *Règlement mutualiste* et du *Règlement intérieur*, sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

ARTICLE 10. — Adhésion dans le cadre de contrats collectifs**1. Opérations collectives facultatives :**

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des *Statuts*, du *Règlement mutualiste*, du *Règlement intérieur* et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

2. Opérations collectives obligatoires :

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles. Elle emporte acceptation des dispositions des *Statuts*, du *Règlement mutualiste*, du *Règlement intérieur* et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

SECTION 2.**Conditions de maintien, de suspension, de démission,
de radiation, d'exclusion****ARTICLE 11. — Démission**

La démission, qu'elle résulte d'une décision personnelle spontanée ou de l'exercice du droit à dénonciation légale, est donnée par lettre recommandée. Les modalités de cette démission sont précisées dans le *Règlement mutualiste*.

La démission de la Mutuelle entraîne la renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la Mutuelle et la perte de la qualité d'adhérent.

ARTICLE 12. — Radiation

Peuvent être radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L221-7 et L221-8 du *Code de la mutualité* et plus généralement ceux qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents *Statuts* subordonnent l'admission ou le maintien.

La radiation est prononcée par le Conseil d'administration, qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations.

La radiation est précédée d'une lettre de mise en demeure dès l'expiration du délai en vigueur ou de celui accordé par le Conseil.

La garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Il peut toutefois être sursis par le Conseil d'administration à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leur cotisation.

La radiation de la Mutuelle entraîne la renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la Mutuelle et la perte de la qualité d'adhérent.

ARTICLE 13. — Exclusion

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles du livre II du *Code de la mutualité*, peuvent être exclus les membres qui auraient porté volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.

ARTICLE 14. — Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations et subventions versées sauf stipulations contraires prévues au *Règlement mutualiste*.

TITRE II. Administration de la Mutuelle

CHAPITRE 1^{er} — Assemblée générale

SECTION 1. — Composition. — Élection

ARTICLE 15. : Composition de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est composée :

- des membres participants ;
- des membres honoraires.

Chaque membre de la Mutuelle dispose d'une voix à l'Assemblée générale.

ARTICLE 16. — Membres empêchés

Les membres de la Mutuelle empêchés d'assister à l'Assemblée générale peuvent voter par correspondance.

ARTICLE 17. — Dispositions propres aux mineurs

Les mineurs de plus de 16 ans ayant la qualité de membre participant exercent leur droit de vote à l'Assemblée générale.

SECTION 2. — Réunion de l'Assemblée générale

ARTICLE 18. — Convocation annuelle obligatoire

Le président du Conseil d'administration convoque l'Assemblée générale. Il la réunit au moins une fois par an.

À défaut, le président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 19. — Autres convocations

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le Conseil ;
- le ou les commissaires aux comptes ;
- l'Autorité de Contrôle des Assurances et des mutuelles prévue à l'article L 510.1 d'office ou à la demande d'un membre participant ;
- les liquidateurs ;
- l'administrateur provisoire nommé par la commission de contrôle des mutuelles et institutions de prévoyance mentionnée à l'article L510-1 du *Code de la mutualité*.

À défaut, le président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 20. — Modalités de convocation de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion, sur première convocation, et six jours au moins en seconde convocation.

Les membres composant l'Assemblée générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité, ainsi que ceux estimés utiles par l'auteur de la convocation.

ARTICLE 21. — Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée générale est fixé par l'auteur de la convocation.

Il peut être complété ultérieurement avec les projets de résolution adressés, dans les conditions prévues à l'article D114-6 du *Code de la mutualité*, par des membres adhérents depuis 1 an et représentant ensemble le quart des membres de l'Assemblée générale.

L'Assemblée ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Elle peut en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le *Code de la mutualité*.

ARTICLE 22. — Compétences de l'Assemblée générale

I. — L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

II. — L'Assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

1. Les *Statuts*, le *Règlement intérieur* et leurs modifications.
2. Les activités exercées.
3. Les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du *Règlement mutualiste* défini par l'article L114-1, 5^e alinéa du *Code de la mutualité*.
4. La nature et le montant des aides et allocations pour l'exercice à venir.
5. L'existence et le montant des droits d'adhésion.
6. Le montant du fonds d'établissement.
7. L'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union.
8. Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance.
9. L'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L114-44 et L114-45 du *Code de la mutualité*.
10. Le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire.
11. Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent.

12. Le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L114-34 du *Code de la mutualité*.

13. Le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III du *Code de la mutualité* auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L114-39 du même code.

14. Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

III. — L'Assemblée générale décide :

1. La nomination des commissaires aux comptes.

2. La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires.

3. Les délégations de pouvoir prévues à l'article 25 des présents *Statuts*.

4. Les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L111-3 et L111-4 du *Code de la mutualité*.

ARTICLE 23. — Modalités de vote de l'Assemblée générale

Avec la convocation mentionnée à l'article 20, les membres de l'Assemblée générale reçoivent un bulletin de vote leur permettant d'exprimer, par correspondance, un vote favorable ou défavorable ou une abstention sur chacune des résolutions présentées. Ce bulletin doit parvenir à la Mutuelle au plus tard la veille à midi du jour de l'Assemblée.

I. — Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées :

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des *Statuts*, les activités exercées, les montants ou les taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 25 des présents *Statuts*, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance, est au moins égal à la moitié du total des membres.

À défaut, une seconde Assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses membres présents, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance, représente au moins le quart du total des membres.

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

II. — Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées :

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I. ci-dessus, l'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance, est au moins égal au quart du total de ses membres.

À défaut, une seconde Assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses membres présents ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

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

ARTICLE 24. — Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale

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

Les modifications des montants ou des taux des cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au *Règlement intérieur*.

ARTICLE 25. — Délégation de pouvoir de l'Assemblée générale

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

Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'Assemblée générale la plus proche.

CHAPITRE 2. Conseil d'administration

SECTION 1. — Composition. — Élections.

ARTICLE 26. — Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé de 10 à 24 membres participants ou honoraires. Le Conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateur, de dirigeant ou d'associé dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L212-7 du *Code de la mutualité*.

ARTICLE 27. — Présentation des candidatures

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception reçue au plus tard le 31 mars de l'année au cours de laquelle se situent les élections.

ARTICLE 28. — Conditions d'éligibilité. — Limite d'âge.

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les candidats doivent être âgés de 18 ans accomplis, ne pas avoir exercé de fonction de salarié au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection, n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L114-21 du *Code de la mutualité*.

La limite d'âge à la fonction d'administrateur est de 70 ans.

Le membre atteint par la limite d'âge est considéré comme démissionnaire d'office à la fin de l'année où il atteint ses 70 ans.

Ne sont éligibles que les administrateurs en mesure d'assurer pleinement la durée d'un mandat.

ARTICLE 29. — Modalités de l'élection

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents *Statuts* et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'administration sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée générale. Le scrutin est à un tour ; dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

ARTICLE 30. — Durée du mandat

Les membres du Conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à la date du premier Conseil d'administration suivant l'Assemblée générale qui a voté le renouvellement ou le remplacement des administrateurs. Ce premier Conseil doit être convoqué au plus tard dans un délai de 2 mois. Les membres qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 28 ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L114-23 du *Code de la mutualité* relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L114-21 du *Code de la mutualité*.

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

ARTICLE 31. — Renouvellement du Conseil d'administration

Le renouvellement du Conseil d'administration a lieu tous les trois ans par moitié, soit 12 membres.

Les membres sortants sont rééligibles.

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

ARTICLE 32. — Vacance

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 13 ou au minimum légal du fait du décès, de la démission ou de la radiation d'administrateurs, une Assemblée générale extraordinaire est convoquée par le président afin de compléter à hauteur de 24 le nombre d'administrateurs pour la durée des mandats restant à courir, la répartition parmi les administrateurs nouvellement élus s'effectuant par tirage au sort.

ARTICLE 33. — Réunions

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

Le président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du Conseil.

ARTICLE 34. — Représentation des comités d'entreprise :

Un délégué titulaire et un délégué suppléant désignés par l'ensemble des Comités d'Entreprise assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'administration.

ARTICLE 35. — Délibérations du Conseil d'administration

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

Le Conseil d'administration vote à bulletin secret pour l'élection du président et des autres membres du bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'administration lors de la séance suivante.

SECTION 2. Attributions du Conseil d'administration

ARTICLE 36. — Compétences du Conseil d'administration

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

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

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la Loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

ARTICLE 37. — Délégations d'attributions par le Conseil d'administration

Le Conseil d'administration peut confier l'exécution de certaines missions ou attributions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions.

Sans préjudice de ce qui est dit à l'article 48, le Conseil d'administration peut confier au président ou à un administrateur nommément désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou types de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le président ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et autorité du Conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

SECTION 3. — Statut des administrateurs

ARTICLE 38.— Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L114-26 à L114-28 du *Code de la mutualité*.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L114-26 du *Code de la mutualité* et les textes réglementaires pris pour son application.

ARTICLE 39. — Remboursement des frais aux administrateurs

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

ARTICLE 40. — Situation et comportements interdits aux administrateurs

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L114-26 du *Code de la mutualité*.

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

Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 42, 43 et 44 des présents *Statuts*.

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

ARTICLE 41. — Obligations des administrateurs

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

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

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L114-21 du *Code de la mutualité*.

ARTICLE 42. — Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du Conseil d'administration

Sous réserve des dispositions de l'article 43 des présents *Statuts*, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du Conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L212-7 du *Code de la mutualité*.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L114-35 du *Code de la mutualité*.

Le Conseil d'administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

ARTICLE 43. — Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs, telles que définies par un décret pris en application de l'article L114-33 du *Code de la mutualité*, sont communiquées par ce dernier au président du Conseil d'administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiquées par le président aux membres du Conseil d'administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée générale dans les conditions de l'article L114-33 du *Code de la mutualité*.

ARTICLE 44. — Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, nonobstant leur qualité d'administrateur, en bénéficier aux conditions offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs ainsi qu'à toute personne interposée.

ARTICLE 45. — Responsabilité

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

CHAPITRE 3. Président et Bureau

SECTION 1. — Élection et missions du président

ARTICLE 46. — Élection et révocation

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

Le président est élu pour une durée de 3 ans qui ne peut excéder le terme de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.

ARTICLE 47. — Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par un vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par un vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

ARTICLE 48. — Missions

Le président du Conseil d'administration organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale. Il est chargé de l'exécution des décisions du Conseil d'administration.

Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L510-8 du *Code de la mutualité*.

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

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

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

Le président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

SECTION 2. Élection et composition du Bureau

ARTICLE 49. — Élection

Les membres du Bureau, dont le président du Conseil d'administration, sont élus pour 3 ans par le Conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration, sans que ce mandat puisse excéder le terme de leur mandat d'administrateur.

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

En cas de vacance, et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'administration, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

ARTICLE 50. — Composition

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- le président du Conseil d'administration ;
- un ou des vice-présidents ;
- un secrétaire et un secrétaire adjoint ;
- un trésorier et un trésorier adjoint.

ARTICLE 51. — Réunions et délibérations

Le Bureau se réunit sur convocation du président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

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

ARTICLE 52. — Le vice-président

Le Conseil d'administration de la Mutuelle peut élire un ou plusieurs vice-présidents.

Le ou les vice-présidents secondent le président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec alors les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 53. — Le secrétaire

Le secrétaire est responsable de la rédaction des procès-verbaux et de la conservation des archives.

ARTICLE 54. — Le secrétaire adjoint

Le secrétaire adjoint seconde le secrétaire. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 55. — Le trésorier

Le trésorier effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité.

Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

Il fait procéder selon les directives du Conseil d'administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'administration :

- les comptes annuels et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent ;
- le rapport et le plan prévus à l'article L114-9 du *Code de la mutualité* ;
- les éléments visés à l'article L114-7 du *Code de la mutualité* ;
- un rapport synthétique sur la situation financière de la Mutuelle.

Le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier à un ou des salariés de la Mutuelle ou de l'organisme de gestion, qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnancement, notamment le chef du service comptable, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 56. — Le trésorier adjoint

Le trésorier adjoint seconde le trésorier. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

CHAPITRE 4. Organisation financière

SECTION 1. — Produits et charges

ARTICLE 57. — Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée générale ;
- les cotisations des membres participants et honoraires ;
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers ;
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

ARTICLE 58. — Charges

Les charges comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements faits aux unions et fédérations ;

- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination ;
- les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L111-5 du *Code de la mutualité* ;
- la redevance prévue à l'article L951-1, 2 du *Code de la Sécurité Sociale* et affectée aux ressources de l'ACP (L'Autorité de contrôle prudentiel) pour l'exercice de ses missions ;
- plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

ARTICLE 59. — Vérifications préalables

Le responsable de la mise en paiement des charges de la Mutuelle s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la Mutuelle.

ARTICLE 60. — Apports et transferts financiers

En cas de création de mutuelles définies à l'article L111-3 ou d'unions définies à l'article L111-4 du *Code de la mutualité*, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

SECTION 2. Modes de placement et de retrait des fonds, règles de sécurité financière

ARTICLES 61. — Modes de placement et de retrait des fonds

Les placements et retraits des fonds sont effectués dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires en vigueur.

ARTICLE 62. — Règles de sécurité financière

Les règles de sécurité financière sont appliquées dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires en vigueur.

ARTICLE 63. — Système de garantie

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

SECTION 3. Commissaire(s) aux comptes. — Fonds d'Établissement

ARTICLE 64. — Commissaire(s) aux Comptes

En vertu de l'article L114-38 du *Code de la mutualité*, l'Assemblée générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L225-219 du *Code de commerce*.

Le président convoque le(s) commissaire(s) aux comptes à toute Assemblée générale.

Le commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur ;
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration ;
- prend connaissance de l'avis donné par le président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L114-32 du *Code de la mutualité* ;
- établit et présente à l'Assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L114-34 du *Code de la mutualité* ;
- fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel tous renseignements sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- signale sans délai à cette commission tout fait ou décision mentionnés à l'article L510-6 du *Code de la mutualité* dont il a eu connaissance ;
- porte à la connaissance du Conseil d'administration les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le *Code de commerce* ;
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et les inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission ;
- Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du *Code de la mutualité*.

ARTICLE 65. — Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 3 millions d'euros. Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 23.1 des *Statuts*, sur proposition du Conseil d'administration.

TITRE III. Information des adhérents

ARTICLE 66. — Étendue de l'information

Chaque adhérent reçoit gratuitement, lors de son adhésion, un exemplaire des *Statuts*, du *Règlement mutualiste* et du *Règlement intérieur*. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

Il est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès ;
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

TITRE IV. Dispositions diverses

ARTICLE 67. — Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 23.1 des *Statuts*.

L'Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être choisis parmi les membres du Conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 23.1 des présents *Statuts* à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de Solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L421-1 du *Code de la mutualité* ou au fonds de garantie mentionné à l'article L431-1 du *Code de la mutualité*.

ARTICLE 68. — Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des *Statuts* et du *Règlement mutualiste*, l'adhérent peut avoir recours au service du ou des médiateur(s) désigné(s) par la Mutuelle.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser directement au médiateur.

ARTICLE 69. — Interprétation

En cas de conflit d'interprétation, les *Statuts*, le *Règlement mutualiste*, le bulletin d'adhésion et le *Règlement intérieur* sont applicables par ordre de priorité décroissante.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

CHAPITRE 1^{er} Assemblée générale

ARTICLE PREMIER

La convocation à l'Assemblée générale adressée aux membres honoraires et participants indique les questions sur lesquelles ils sont appelés à se prononcer ainsi que, le cas échéant, les noms des candidats au Conseil d'administration ainsi que le nombre de sièges à pourvoir.

Chaque candidat pourra rédiger un texte de présentation correspondant à un quart de page, soit 900 caractères maximum, à l'exclusion de tout autre mode de communication. Ce texte viendra en complément de quelques données obligatoires comportant le nom, la date d'adhésion, l'âge, le lieu de résidence.

L'ordre de présentation de la liste des candidats, unique pour les candidats sortants et les nouveaux, est établi par tirage au sort de chaque nom lors d'une réunion du Conseil d'administration, après clôture du délai de dépôt des candidatures (voir article 28 des *Statuts*). La mention « candidat sortant » est précisée en regard du nom des intéressés.

Le bulletin, sous peine de nullité, ne doit porter ni le nom du votant ni signe distinctif quelconque.

Le bulletin est inséré dans une enveloppe prévue à cet effet qui doit comporter la signature du votant.

CHAPITRE 2. Conseil d'administration

ARTICLE 2. — Absences

Les membres du Conseil d'administration peuvent par décision de celui-ci, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances consécutives. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée générale la plus proche.

ARTICLE 3. — Attributions

Le Conseil consent au directeur de la Mutuelle ou de l'organisme gestionnaire, ou à des membres du personnel administratif, les délégations de pouvoirs nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, et sous son contrôle, le fonctionnement de la Mutuelle.

ARTICLE 4. — Dispositions particulières

Des dispositions comptables appropriées peuvent, si nécessaire, à l'initiative du Trésorier et avec l'accord du Conseil d'administration, être prises pour assurer la transparence comptable des opérations concernant les adhérents aux différents risques.

ARTICLE 5. — Adhésions aux Unions de mutuelles

La Mutuelle peut donner son adhésion à une ou plusieurs Unions de mutuelles.

La décision dans un tel cas appartient au Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration nomme, parmi les membres participants et honoraires, les délégués appelés à représenter la Mutuelle à l'Assemblée générale de chacune des Unions dont il s'agit.

Le nombre en est déterminé conformément aux *Statuts* de ces organismes. Il en est de même de la durée de leur mandat.

ARTICLE 6. — Notification des décisions de l'Assemblée générale

Les documents joints en terme de prestations et cotisations pour l'Assemblée générale valent notification s'ils sont entérinés par cette dernière.

ARTICLE 7. — Communication aux Comités d'Entreprise :

Le compte rendu de l'Assemblée générale est transmis aux Comités pour information.

ARTICLE 8. — Anciens administrateurs

Pour les administrateurs ayant accompli des mandats successifs et quittant leur fonction parce que touchés par la limite d'âge, ou pour des raisons personnelles, il est soumis à l'appréciation du Conseil l'accession au titre d'« administrateur honoraire », sans octroi de droits particuliers hormis la prise en charge par la Mutuelle des frais de déplacements dans le cadre de l'Assemblée générale.

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Chapitre 1^{er} Catégories de bénéficiaires

ARTICLE 1. — Catégories

Les membres se répartissent selon les catégories suivantes, en fonction de leur qualité et des garanties choisies :

- Les catégories 201 et 207 qui correspondent au Régime chirurgical n'enregistrent plus d'adhésions.
- Les catégories 202 à 235 sauf 207 correspondent au Régime médico-chirurgical et aux options surcomplémentaires de ce régime.
- La catégorie 236 correspond au Régime spécifique forfaits.
- La catégorie 237 correspond au Régime « Prélude ».
- La catégorie 100 correspond aux membres honoraires.

Catégories	Actifs	Retraités Extérieurs	Étudiants	Alsace-Moselle	
				Actifs	Retraités / Extér.
Base	202	208	641	226	231
Option A	203	209	642	227	232
Option B	204	210	643	228	233
Option C	205	211	644	229	234
Option D	206	212	645	230	235
Chirurgicale	201	207			
Spécifique forfaits		236			236
Prélude	237	237		237	237
Honorariat		100			100

Le changement de qualité d'un adhérent entraîne automatiquement le changement de catégorie à garanties égales.

Il est possible de changer de catégorie de garantie, sauf pour les catégories 201 et 207.

Hormis la catégorie 236 « maintien », à partir de laquelle un changement de catégorie peut être effectuée à tout moment, les changements de catégories interviennent :

- pour une **garantie supérieure** : 3 mois après la date de réception de la demande ;
- pour une **garantie inférieure** : après un délai de maintien de 12 mois d'adhésion dans la catégorie en cours.

Chapitre 2. Adhésions, démissions

ARTICLE 2. — Règle et date d'adhésion

L'adhésion individuelle ne peut être faite qu'au moyen d'un bulletin d'adhésion correctement et complètement rempli, daté et signé.

La demande d'adhésion implique l'acceptation formelle des *Statuts*, *Règlement mutualiste* et *Règlement intérieur* de la Mutuelle.

Les règles de date d'adhésion ne commencent à s'appliquer qu'à la réception d'un dossier complet.

L'adhésion prend effet :

- le premier jour du mois suivant la réception du dossier.

L'adhésion d'un enfant nouveau-né ou adopté, reçue dans les trois mois de la naissance ou dans les 3 mois de la date d'adoption, peut, sur demande expresse, prendre effet au jour de la naissance ou l'adoption.

ARTICLE 3. — Conditions d'admission

Justificatifs à produire :

Enfants des ayants droit du membre participant :

- copie intégrale de l'acte de naissance, ou photocopie du livret de famille, s'il y a lieu, copie du jugement provisoire d'adoption.

Membre participant, âgé de 16 à 28 ans ayant la qualité d'étudiant :

- Copie de la carte d'étudiant.

ou

- Certificat de scolarité original accompagné d'un justificatif de l'inscription à la Sécurité Sociale étudiante ou d'un décompte d'une caisse de sécurité sociale étudiante.

Ascendant âgé d'au moins 60 ans et à la charge du membre participant :

- Certificat de non-imposition sur le revenu des personnes physiques établi au nom de l'ascendant.

- Déclaration sur l'honneur du membre participant attestant que l'ascendant vit sous son toit.

ou

- Justificatif de l'allocation de logement social versée par une Caisse d'Allocations Familiales.

ou

- Copie de la carte d'assuré social du membre participant ou de son conjoint ou concubin.

ARTICLE 4. — Cas particuliers

Par dérogation à l'article 8 des *Statuts* :

1. En cas de veuvage, de divorce ou de séparation de droit ou de fait, l'actif veuf, divorcé ou séparé appartenant au personnel des entreprises et organismes énumérés à l'article 8 des *Statuts* et éventuellement ses enfants et ses ascendants qui avaient été pris en charge par une autre mutuelle pourront demander leur adhésion. Il en sera de même pour l'actif des entreprises ou organismes visés à l'article 8 des *Statuts* et éventuellement ses enfants et ses ascendants affiliés à la Mutuelle du conjoint qui viennent à perdre la qualité de mutualiste par suite du changement ou de la perte d'emploi dudit conjoint.

- Dans les deux cas, pour être recevable, la demande devra être formulée :

- dans un délai d'un an à compter de l'événement ;

- avant l'âge de 65 ans pour l'intéressé.

2. Si un nombre significatif de salariés d'une personne morale appartenant à un organisme ou à une société relevant de l'article 8 des *Statuts*, demande son admission hors délai, le Conseil d'administration de la Mutuelle peut accorder des conditions d'admission dérogatoires.

3. Lors de la signature de la convention spécifique avec une entreprise ou un organisme visé à l'article 8 des *Statuts*, il est ouvert un délai de 6 mois à compter de la date de cette signature durant lequel les membres du personnel de l'entreprise ou de l'organisme ont la faculté de solliciter et d'obtenir leur adhésion à la Mutuelle sans considération d'âge pour eux-mêmes et leurs ayants droit, ni d'ancienneté et sans période de stage.

Les dispositions de l'article 8 des *Statuts* restent applicables aux adhérents membres du personnel d'une entreprise ou d'un organisme même en cas de dénonciation de la convention spécifique passée entre cette entreprise ou cet organisme et la Mutuelle. Ils peuvent rester adhérents à titre individuel et continuent à se voir appliquer les règles de l'article 8 en ce qui concerne leurs ayants droit.

6. Le membre participant qui a effectué un service national légal obligatoire, qui a été mobilisé ou retenu en captivité, bénéficie de plein droit, dès son retour, des avantages de la Mutuelle pourvu qu'il s'acquitte, à partir de cette date, de ses obligations statutaires pour lui-même et les membres qu'il représente.

Si l'intéressé n'a pas repris le paiement de ses cotisations à l'expiration d'un délai de six mois à compter de son retour, sa radiation est prononcée d'office par le Conseil d'administration, de même que celle de ses ayants droit.

7. Le membre participant détaché temporairement par son entreprise dans des conditions ne lui permettant pas de faire valoir normalement ses droits aux avantages de la Mutuelle peut globalement, pour lui-même et ses ayants droit :

- opter pour le maintien de ses droits aux prestations pendant la durée de son détachement ; il doit alors s'acquitter régulièrement des cotisations correspondantes ;
- choisir pour lui-même la qualité de membre honoraire (définie à l'article 8 des *Statuts*).
Il a, dans un délai de 6 mois à l'issue de son détachement, la possibilité de redevenir membre participant, dans les conditions prévues à l'article 1^{er} du *Règlement mutualiste*.
- demander son maintien à la Mutuelle pour bénéficier, ainsi que ses ayants droit, de prestations spécifiques définies sous le titre « Régime spécifique forfaits ».

8. Le membre participant quittant l'entreprise, le conjoint ou l'ayant droit d'un membre participant, justifiant de la souscription d'un contrat de couverture santé obligatoire dans une entreprise peut bénéficier des prestations spécifiques définies sous le titre « Régime Spécifique forfaits ».

ARTICLE 5. — Démission

La démission du membre participant ou du membre honoraire prend effet le premier jour du mois suivant sa réception par lettre recommandée à la Mutuelle.

La démission du membre participant, dans le cadre de son droit à dénonciation légal, intervient dans les délais prescrits par la Loi.

La démission du membre participant ou du membre honoraire entraîne celle de ses ayants droit à la même date.

Le membre participant n'ayant pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci dans les dix jours de son échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente jours après mise en demeure effectuée par la Mutuelle.

Le paiement de la cotisation ou fraction de celle-ci ayant donné lieu à cette mise en demeure, ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée, rétablira le droit aux prestations pour l'ensemble de la période, sous réserve que ce paiement intervienne au plus tard six mois après l'échéance ayant donné lieu à mise en demeure.

Le membre participant n'ayant pas acquitté sa cotisation ou la fraction de celle-ci ayant fait l'objet d'une mise en demeure ainsi que les fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée, verra sa garantie résiliée six mois après l'échéance ayant donné lieu à mise en demeure.

Chapitre 3. Obligations des adhérents envers la Mutuelle

ARTICLE 6. — Cotisations

1. Les cotisations du membre participant et ayants droit sont dues trimestriellement et d'avance. Cependant en cas de prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, le membre participant peut opter pour un versement mensuel.
2. Cette cotisation comprend les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions) ou techniques (dont le montant est fixé par les *Statuts* ou règlements de ces organismes).
3. Les montants de la cotisation au Régime Prélude, au Régime de base, au Régime chirurgical, au Régime surcomplémentaire optionnel, et au Régime spécifique forfaits sont fixés par le Conseil d'administration de la Mutuelle et entérinés par l'Assemblée générale des adhérents.
4. Les membres honoraires paient une cotisation forfaitaire annuelle.
5. Le membre participant est dispensé du paiement des cotisations, tant pour lui-même que pour ses ayants droit qu'il représente, pendant la durée de tout service national légal obligatoire. Ses ayants droit continuent à percevoir les prestations prévues par les *Statuts*.

CHAPITRE 4. Obligations de la Mutuelle envers les adhérents

Section 1. – Dispositions générales

ARTICLE 7. — Prestations servies par la Mutuelle

1. Les prestations accordées par la Mutuelle, qui correspondent à la catégorie d'adhésion, dont les taux sont précisés en annexe du présent *Règlement* sont les suivantes :

Actes médicaux, frais pharmaceutiques, analyses et examens de laboratoire, examens radiologiques, Ostéodensitométrie, soins et prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie, implants, inlay/onlay, petit appareillage, prothèses auditives et semelles orthopédiques, optique, chirurgie réfractive, vaccins, pilule 3^e génération, soins d'auxiliaires médicaux, cures thermales, actes chirurgicaux, hospitalisation, prothèses mammaires et capillaires, fauteuils roulants, frais d'accompagnant, frais de transport, aides et secours divers.

2. Le droit aux prestations s'ouvre dès la prise d'effet de l'adhésion, pour les dépenses engagées à partir de cette date. Il est inhérent au versement de cotisations.

L'ensemble des garanties présente un caractère strictement annuel, les cotisations appelées au cours d'un exercice servent à couvrir les prestations dues au titre de ce même exercice.

L'Assemblée générale annuelle détermine la nature des aides et allocations pour l'exercice à venir et vote le budget spécifique nécessaire.

Tout bénéficiaire qui n'a pas réglé sa cotisation dans les dix jours de l'échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets trente jours après mise en demeure effectuée par la Mutuelle.

Le paiement de la cotisation ayant donné lieu à cette mise en demeure rétablira le droit aux prestations pour l'ensemble de la période, sous réserve que ce paiement intervienne au plus tard six mois après l'échéance ayant donné lieu à mise en demeure.

Lorsque ce paiement intervient plus de six mois après l'échéance ayant donné lieu à mise en demeure, le droit aux prestations ne reprend ses effets qu'au premier jour de ce paiement.

3. Les remboursements effectués par la Mutuelle ne peuvent être supérieurs au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

4. En cas de démission, radiation ou exclusion, les demandes de remboursement des actes antérieurs à la date d'effet doivent être présentés à la Mutuelle au plus tard six mois après cette date.

ARTICLE 8. — Nature des prestations

Les montants des diverses prestations définies ci-après figurent dans le tableau joint en annexe.

8.1. — Prestations du Régime médico-chirurgical :

A. — Actes techniques médicaux

Les consultations, les visites ainsi que les actes médicaux donnent droit au remboursement du ticket modérateur dans la limite de 30 % de la base de remboursement conventionnelle du Régime obligatoire.

B. — Frais pharmaceutiques

Les produits pharmaceutiques donnent droit au remboursement du ticket modérateur dans la limite de 85 % de la base de remboursement conventionnelle du Régime obligatoire.

C. — Analyses et examens de laboratoire

Les analyses et examens de laboratoire donnent droit au remboursement du ticket modérateur dans la limite de 40 % de la base de remboursement conventionnelle du Régime obligatoire.

D. — Radiologie et autres actes d'imagerie

Remboursement du ticket modérateur dans la limite de 30 % de la base de remboursement conventionnelle du Régime obligatoire.

E. — Soins et prothèses dentaires

Soins

La Mutuelle rembourse le ticket modérateur dans la limite de 30 % de la base de remboursement conventionnelle du Régime obligatoire.

Prothèses

La Mutuelle rembourse le ticket modérateur dans la limite de 30 % de la base de remboursement conventionnelle du Régime obligatoire.

Il s'y ajoute, à hauteur de la dépense du mutualiste, un complément de 70 % du tarif plafond conventionnel du Régime obligatoire.

Les frais de prothèses dentaires ou d'orthodontie pris en charge par le Régime obligatoire à 100 % de son tarif de responsabilité donnent lieu au versement du complément visé à l'alinéa précédent.

La Mutuelle verse une participation aux frais de prothèses dentaires ou d'orthodontie non prises en charge par le Régime obligatoire, après avis de son contrôle dentaire et sur présentation des pièces justificatives avant et après exécution.

Seules les prothèses dentaires non remboursables par le Régime obligatoire mais inscrites à la NGAP (*Nomenclature générale des actes professionnels*) et qui font l'objet d'une codification en ADM (*Avis défavorable d'ordre médical*) peuvent bénéficier d'une participation de la Mutuelle.

F. — Petit appareillage et prothèses

Participation égale à 35 % de la valeur correspondant à la codification des appareils par le Régime obligatoire, sur présentation de la facture originale.

S'ajoutent à ce remboursement des compléments forfaitaires repris en annexe pour les prothèses auditives, piles acoustiques, prothèses mammaires, prothèses capillaires et semelles orthopédiques, sur présentation de la facture originale et du justificatif de prise en charge du Régime obligatoire.

G. — Soins d'auxiliaires médicaux

Participation égale au ticket modérateur du Régime obligatoire dans la limite de 40 % de son tarif conventionnel.

H. — Actes chirurgicaux

Honoraires du chirurgien ainsi que les soins préopératoires, l'aide opératoire dans le sens de l'article 8 de la nomenclature générale des actes professionnels, les consultations du chirurgien avant l'opération et les soins postopératoires.

Lorsque l'intervention chirurgicale a lieu dans un hôpital public ou dans un établissement ou cabinet conventionné par la Sécurité Sociale, la Mutuelle prend à sa charge les suppléments d'honoraires demandés par les praticiens (chirurgiens, aides, anesthésistes) dont le droit permanent à dépassement a été reconnu.

Les suppléments de tarif résultant du choix de l'adhérent en ce qui concerne tant le lieu de l'intervention que la personnalité du chirurgien sont à sa charge, sauf application des alinéas précédents.

Cette prise en charge concerne les actes codifiés ADC, ADA, ACO, ADE, ATM.

La prestation correspondant à cette prise en charge est réglée dans la double limite de :

- 275 % de la base de remboursement conventionnelle du Régime obligatoire ;
- 90 % du montant du supplément d'honoraires.

Les dépassements d'honoraires sur les actes d'investigation bénéficient d'une prise en charge dans la limite de 25 % de la base de remboursement conventionnelle du Régime obligatoire.

N'est pas pris en charge le remboursement même partiel du coût :

- des interventions chirurgicales consécutives à un accident de travail ou à un accident imputable à un tiers identifié ;
- de la chirurgie esthétique ne faisant pas l'objet de prise en charge par la Sécurité Sociale ;
- des divers appareils qui pourraient être nécessaires aux malades pendant ou à la suite d'une opération.

I. — Hospitalisation

Il est accordé une participation correspondant au ticket modérateur dans la double limite de :

- 20 % de la base de remboursement conventionnelle du Régime obligatoire par journée d'hospitalisation ;
- 30 jours d'hospitalisation par séjour.

Une participation au titre du forfait journalier est accordée en sus du remboursement du ticket modérateur, selon tarif repris en annexe. Cette participation ne concerne ni les séjours en maison de retraite, ni les frais de long séjour.

Dans le cas d'opération chirurgicale, la participation de la Mutuelle pour les frais de salle d'opération, les médicaments coûteux, les analyses et tous actes en rapport avec l'opération, est limitée à 35 % de la base de remboursement conventionnelle du Régime obligatoire.

Une participation est accordée au titre des frais de chambre particulière sur prescription médicale.

Cette participation est accordée dans la double limite :

- d'un montant maximum journalier repris en annexe ;
- de 60 jours par séjour.

En maternité, la participation de la Mutuelle aux frais de chambre particulière est identique à celle prévue pour les hospitalisations en médecine ou chirurgie.

Pour les bénéficiaires des dispositions de l'article L322-3 du *Code de la Sécurité Sociale* relatives à la suppression de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature, la Mutuelle rembourse le forfait journalier hospitalier tel que prévu en annexe.

J. — Frais de transport et de déplacement

Participation égale au ticket modérateur du Régime obligatoire dans la limite de 35 % de sa base de remboursement conventionnelle.

K. — Mutualistes exonérés du paiement du ticket modérateur

Pour les mutualistes exonérés par le Régime obligatoire du paiement du ticket modérateur, donc remboursés à 100 % de la base de remboursement conventionnelle, le total des remboursements Régime obligatoire et Régime complémentaire ne peut excéder 100 % de la base de remboursement.

Si la garantie prévoit des dépassements d'honoraires, la participation de la Mutuelle est minorée du montant du ticket modérateur pris en charge par le Régime obligatoire dans le cadre des 100 %.

L. — Services assistance à domicile

Mise à disposition des bénéficiaires de la Mutuelle d'une offre de téléassistance dans le cadre de la convention passée avec l'association *Équinoxe*, selon modalités figurant dans les tableaux en annexe.

M. — Densitométrie osseuse

Remboursement d'un examen sur prescription médicale pour les adhérents et ayants droit, avec un maximum forfaitaire fixé en annexe.

N. — Optique

Lunettes

Participation égale au ticket modérateur auquel se rajoute un forfait différencié en verres unifocaux et verres multifocaux et variant en fonction de la dioptrie, dans la limite des frais exposés, selon détail figurant dans les tableaux en annexe.

Les garanties de la Mutuelle prévoyant un forfait différencié selon les verres (dioptrie, unifocaux/multifocaux) :

- Lorsque la prise en charge de la monture seule est demandée, elle est effectuée sur la base du forfait verres le plus bas.
- Lorsque les deux verres n'ont pas la même base de remboursement conventionnel, le remboursement est effectué sur le forfait le plus haut.

Lentilles

Participation forfaitaire annuelle fixée en annexe sous réserve de la production des ordonnances de prescription et des factures acquittées de l'achat de lentilles.

O. — Cures thermales

En sus des remboursements médicaux, participation forfaitaire fixée en annexe, aux frais de transport et d'hébergement par cure thermale acceptée par le Régime obligatoire :

- sans hospitalisation pour les adhérents majeurs ;
- avec ou sans hospitalisation pour les enfants mineurs.

Cette participation forfaitaire ne concerne pas les cures de confort.

Une participation forfaitaire annuelle fixée en annexe est versée au titre des frais d'accompagnant, sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais exposés, pour les cures suivies par les enfants de moins de 16 ans ou handicapés.

P. — Fauteuils roulants

Il est accordé une participation fixée en annexe :

- pour les fauteuils roulants sans moteur
- et
- pour les fauteuils roulants électriques,

en complément de celle versée par le Régime obligatoire, sur présentation de la facture originale.

Q. — Frais d'accompagnant

La participation de la Mutuelle fixée en annexe est accordée pour une période de sept jours au plus et dans la limite des frais exposés pour chaque hospitalisation d'un enfant mutualiste âgé de moins de 16 ans à la date de l'entrée, ou handicapé.

R. — Vaccins

Les vaccins non pris en charge par le Régime obligatoire font l'objet d'un remboursement forfaitaire fixé en annexe sur présentation des justificatifs.

S. — Pilule 3^e génération

La pilule 3^e génération est prise en charge par la Mutuelle pour un montant forfaitaire annuel figurant en annexe.

T. — Parodontologie, implants, inlay/onlay

Un forfait est prévu pour la parodontologie, les implants et les inlay/onlay selon détail en annexe.

U. — Autres prothèses

Une participation de la Mutuelle est établie selon la nomenclature de la Sécurité Sociale.

8.2. Prestations des Régimes « surcomplémentaire optionnel » et « spécifique forfaits » :

Les compléments de prestations, définis en annexe, sont automatiquement servis simultanément au paiement des prestations de base correspondantes.

Les allocations forfaitaires sont servies sur présentation de pièces justificatives.

8.3. Dispositions applicables aux adhérents du Régime chirurgical

Les adhérents restant inscrits aux catégories 201 et 207 ne peuvent prétendre qu'aux prestations mentionnées aux paragraphes H, I et J sous les réserves suivantes :

- la participation est due lorsqu'il y a intervention chirurgicale ou hospitalisation en chirurgie pour mise en observation ; s'il y a intervention chirurgicale au cours d'une hospitalisation médicale, le remboursement est limité au nombre de jours strictement nécessaire à cette intervention ;
- sont assimilés à des opérations :
 - les traitements non sanglants de radiothérapie et de chimiothérapie ;
 - les réductions et immobilisations de fracture (par plâtre, ou autre procédé technique) quel qu'en soit le coefficient ainsi que les plâtres consécutifs à une intervention chirurgicale.
- est exclu le remboursement, même partiel, du coût :
 - des soins dentaires proprement dits ainsi que de l'orthodontie ;
 - de la rééducation et de la convalescence.

8.4. Dispositions applicables aux adhérents du Régime Prélude

Les adhérents restant inscrits à la catégories 237 ne peuvent prétendre qu'aux prestations mentionnées aux paragraphes A, B, C, D, E, G, I, K, M, N, R, S.

CHAPITRE 5.

Conditions de participation de la Mutuelle au remboursement des frais

ARTICLE 9. — Conditions générales :

1. La Mutuelle ne peut instituer en faveur de certains de ses membres aucun avantage particulier qui ne serait pas justifié, notamment par les risques apportés, les cotisations fournies ou la situation de famille des intéressés.

2. La base des remboursements est établie à partir de la législation et de la nomenclature du Régime général de la Sécurité Sociale française.

3. Lorsqu'un ayant droit est affilié à un autre régime français (travailleurs agricoles, travailleurs indépendants, étudiants...), la Mutuelle rembourse les prestations sur la base de ses *Statuts*.

Quand les décomptes établis par ces organismes français ne permettent pas l'identification des bénéficiaires et les indices des actes ne correspondent pas à ceux du Régime général, il convient de joindre une copie de la feuille de maladie au décompte original des prestations (la copie de l'ordonnance, la signature du praticien ne sont pas demandées).

4. Les remboursements ne sont effectués que sur remise de l'original du décompte de la Sécurité Sociale française, de la Caisse de Compensation Monégasque ou d'un autre organisme complémentaire français. Sont toutefois assimilés à des décomptes originaux les éléments télécollectés auprès des organismes habilités. Le décompte original reste la propriété de la Mutuelle. Les copies ou photocopies ne sont acceptées en aucun cas.

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

6. (En complément de l'alinéa 2 de l'article 9), à compter de la date d'application de la loi du 13 août 2004, soit le 01/07/2005, la Mutuelle ne prend en charge aucun dépassement hors parcours de soins.

ARTICLE 10. — Modalités de remboursement

À l'exception des opérations de télécollecte des informations auprès des organismes habilités, le membre participant prend l'initiative de la demande de remboursement pour tous ses ayants droit.

Cette demande de remboursement doit alors être accompagnée du numéro d'adhérent.

ARTICLE 11. — Actes chirurgicaux. — Dépassements d'honoraires.

Justificatifs à produire :

- décomptes du Régime obligatoire ;

ou

- facture établie par l'établissement hospitalier mentionnant le montant exact des honoraires perçus par le ou les praticiens.

ARTICLE 12. — Aides et allocations diverses

Sous réserve de la décision de l'Assemblée générale, le versement des aides et allocations diverses est soumis aux dispositions suivantes :

- Naissances et adoptions : versement forfaitaire sur demande justifiée par la copie intégrale de l'acte de naissance ou d'adoption dans les 6 mois de l'événement.
- Enfant handicapé à charge : L'allocation est versée si celui-ci est adhérent ou ayant droit inscrit au 1^{er} juillet de l'année en cours et satisfait aux conditions suivantes :
 - Il ne perçoit pas de revenus salariaux ;
 - Il bénéficie de l'allocation d'éducation spéciale ou est titulaire de la carte d'invalidité ou a un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50 %.

Tous justificatifs à produire avec une déclaration sur l'honneur d'absence de revenus salariaux.

ARTICLE 13. — Subrogation

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

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

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

ARTICLE 14. — Forclusion

Les demandes de remboursement présentées plus de deux ans après la date de l'acte médical ou opératoire sont frappées de forclusion.

En ce qui concerne la prothèse dentaire, le délai de forclusion sera décompté à partir de la fin de l'exécution de l'appareil.

ARTICLE 15. — Secours

Des secours exceptionnels peuvent être accordés par le Conseil d'administration aux adhérents pour des besoins urgents découlant d'une maternité, maladie, blessure, intervention chirurgicale, infirmité, décès, ou plus généralement situation financière difficile, ainsi qu'en cas de litige relatif à la responsabilité médicale d'un tiers.

Le montant des secours exceptionnels distribués pendant chaque année civile ne peut dépasser le total de 3 % des cotisations versées par les adhérents et, s'il y a lieu, des subventions, dons ou legs et toutes autres recettes non interdites par la Loi, reçus par la Mutuelle.

ANNEXES

Cotisations et Prestations

Cotisations par régimes au 1^{er} janvier 2011

I. — A) Risque médico-chirurgical

Personnes protégées	Cotisation mensuelle
Participants*, conjoints, enfants majeurs et ascendants	
— 29 ans et moins (nés entre 1981 et 2011)	37,95 €
— 30 à 49 ans (nés entre 1961 et 1980)	47,60 €
— 50 ans et plus (nés avant 1960)	50,97 €
Enfants mineurs (moins de 18 ans) (nés entre 1992 et 2011)	
— 1 ^{er} enfant	18,98 €
— 2 ^e enfant	9,49 €
— 3 ^e enfant et suivants	Exonération
Étudiants	
— 16 à 28 ans (nés entre 1994 et 1981)	27,87 €
Enfants mineurs (moins de 18 ans) (nés entre 1992 et 2011)	
— 1 ^{er} enfant	13,94 €
— 2 ^e enfant	6,97 €
— 3 ^e enfant et suivants	Exonération
Adhérents relevant du régime général local d'Alsace-Moselle	
Participants*, conjoints, enfants majeurs et ascendants	
— 29 ans et moins (nés entre 1981 et 2011)	28,94 €
— 30 à 49 ans (nés entre 1961 et 1980)	35,48 €
— 50 ans et plus (nés avant 1960)	39,02 €
Enfants mineurs (moins de 18 ans) (nés entre 1992 et 2011)	
— 1 ^{er} enfant	14,47 €
— 2 ^e enfant	7,24 €
— 3 ^e enfant et suivants	Exonération

I. — B) Risque chirurgical

Personnes protégées <i>(Adhésions antérieures au 1^{er}/01/1991)</i>	Cotisation mensuelle
Participants, conjoints, enfants majeurs et ascendants	14,47 €

I. — C) Membres honoraires

Personnes protégées	Cotisation annuelle
Membres honoraires — cotisation annuelle	12,00 €

II. — Régime surcomplémentaire optionnel

Option A	Option B	Option C	Option D
5,20 € mensuels	8,53 € mensuels	22,47 € mensuels	26,52 € mensuels

Par personne protégée avec exonération pour le 3^e enfant mineur et les suivants.

III. — Régime spécial forfaits

Personnes protégées	Cotisation mensuelle
Participants, conjoints, ascendants et enfants majeurs	7,08 €
Enfants mineurs (moins de 18 ans) (nés entre 1992 et 2011)	
— 1 ^{er} enfant	3,54 €
— 2 ^e enfant	1,77 €
— 3 ^e enfant et suivants	Exonération

IV. — Régime « Prélude »

Personnes protégées	Cotisation mensuelle
Participants*, conjoints, ascendants et enfants majeurs	
— 29 ans et moins (nés entre 1981 et 2011)	20,58 €
— 30 à 49 ans (nés entre 1961 et 1980)	22,30 €
— 50 ans et plus (nés avant 1960)	24,23 €
Enfants mineurs (moins de 18 ans) (nés entre 1992 et 2011)	
— 1 ^{er} enfant	10,29 €
— 2 ^e enfant	5,15 €
— 3 ^e enfant et suivants	Exonération

(*) Hors subvention de l'employeur

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

EXEMPLE

Née le 15 mars 1981, la personne comptera 29 ans durant 2011, soit : 2010 - 1981 = 29 ans

Prestations au 1^{er} janvier 2011

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).

Tableau des prestations du régime spécial « Prélude »

au 1^{er} janvier 2011

Désignation des actes	Taux de remboursement ⁽¹⁾	
	Régime obligatoire	Mutuelle
• Consultations, visites	70 %	30 %
• Franchise actes techniques (si coefficient ≥ 50 ou frais réels ≥ 91 €)		18 €
• Actes techniques médicaux	70 %	30 %
• Radiologie et autres actes d'imagerie	70 %	30 %
• Pharmacie	15 % / 30 % / 65 %	85 % / 70 % / 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⁾	100 %	—
— Prothèses dentaires non prises en charge par le RO ^{(2) (3) (4)}	Néant	100 %
• Orthodontie avec ou sans prise en charge par le RO ⁽²⁾	70 % / 100 % / Néant	30 % / 0 % / 100 %
• Optique (si application du ticket modérateur)	60 %	40 %
• Optique (en cas d'exonération du ticket modérateur)	100 %	—
• Optique. — Monture et verres (forfait annuel)		
• verres unifocaux $\leq \pm 6$ ⁽⁴⁾		80 €
• autres corrections		95 €
• verres multifocaux $\leq \pm 4$		100 €
• autres corrections		120 €
• Optique — Lentilles		Forfait annuel 50 €
• Auxiliaires médicaux	60 %	40 %
• Hospitalisation		
— prix de journée (maximum 30 jours)	80 %	20 %
— forfait journalier		16 €
• Vaccins non pris en charge par le RO ⁽²⁾	Néant	15 €
• Pilule troisième génération	Néant	30 €
• Forfait téléassistance « Équinoxe »	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 2011, 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 la nomenclature de la Sécurité Sociale.

au 1^{er} janvier 2011Tableau des prestations du régime de base au 1^{er} janvier 2011

	Taux de remboursement (1)		
	Régime obligatoire	Mutuelle	
		TM (2)	Prest. améliorées
• Consultations, visites	70 %	30 %	
• Franchise actes techniques (si coefficient ≥ 50 ou frais réels ≥ 91 €)			18 €
• Actes techniques médicaux	70 %	30 %	25 %
ou	100 %		25 %
• Radiologie et autres actes d'imagerie	70 %	30 %	
• Pharmacie	15 % / 30 % / 65 %	85 % / 70 % / 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) (7)	Néant		100 %
• Orthodontie avec ou sans RO (2)	70 % / 100 % / 0 %		100 % / 70 % / 100 %
• Implants, forfait annuel (7)			100 €
• Orthopédie	60 %	40 %	
• Semelles orthopédiques	60 %	40 %	Forfait 80 €
• Prothèses auditives simples (7)	60 %	40 %	Forfait 310 €
• Prothèses auditives stéréophoniques (7)	60 %	40 %	Forfait 620 €
• Piles acoustiques	60 %	40 %	Forfait annuel 60 €
• Optique (si application du ticket modérateur)	60 %	40 %	
• Optique (en cas d'exonération du ticket modérateur)	100 %		
• Optique. — Montures et verres (forfait annuel)			
• verres unifocaux $\leq \pm 6$ (4)			80 €
• autres corrections			95 €
• verres multifocaux $\leq \pm 4$			100 €
• autres corrections			120 €
• Optique. — Lentilles (prises ou non prises RO (2))			Forfait annuel 50 €
• Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	
• Cures thermales (forfait transport et hébergement)	65 %	35 %	Forfait 80 €
• Frais d'accompagnant enfant suivant cure thermique (5)			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			16 €/jour
• Maternité : Chambre particulière			42 €/jour
• Prothèses mammaires ou capillaires (7)	100 %		200 €
• Fauteuils roulants			
— sans moteur			1 000 €
— avec moteur électrique			2 000 €
• 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 €
• Vaccins non pris en charge par le RO (2)	Néant		15 €
• Pilule 3 ^e génération	Néant		Forfait annuel 30 €
• Forfait téléassistance « Équinoxe »	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}/01/11, 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) 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}/01/11 et 90 % du montant du supplément d'honoraires.

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

(6) Prestation exceptionnelle pour 2011.

(7) 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

au 1^{er} janvier 2011

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 Régime Obligatoire ⁽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. — Montures 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	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

Tableau des prestations du régime spécial forfait

au 1^{er} janvier 2011

Désignation des actes	Régime 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	60 %	80 €
• Prothèses auditives simples ⁽⁴⁾	60 %	310 €
• Prothèses auditives stéréophoniques ⁽⁴⁾	60 %	620 €
• Piles acoustiques	60 %	Plafond annuel 60 €
• Optique : (si application du ticket modérateur)	60 %	40 %
• Optique : (en cas d'exonération du ticket modérateur)	100 %	—
Monture et verres (forfait annuel)		
• verres unifocaux $\leq \pm 6$ (4)		80 €
• autres corrections		95 €
• verres multifocaux $\leq \pm 4$		100 €
• autres corrections		120 €
• Optique. — Lentilles		Plafond annuel 50 €
• Prothèses mammaires ou capillaires ⁽⁴⁾	100 %	200 €
• Fauteuils roulants		
— sans moteur		1 000 €
— avec moteur électrique		2 000 €
• Allocation de naissance ⁽²⁾		125 €
• Allocation 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 2011.⁽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 Sécurité Sociale.

Tableau établi sous réserve de l'évolution de la législation

Catégories *MPLCL* — 2011

Définition

	Actifs	Retraités Extérieurs	Étudiants	Alsace-Moselle	
				Actifs	Retraités / Extér.
Base	202	208	641	226	231
Option A	203	209	642	227	232
Option B	204	210	643	228	233
Option C	205	211	644	229	234
Option D	206	212	645	230	235
Chirurgicale	201	207			
Spécifique forfaits		236			236
Prélude	237	237		237	237
Honorariat		100			100