

**STATUTS
MUTUELLE GÉNÉRALE d'AVIGNON**

**N° SIREN 334 489 986
N° LEI 969500QZMA9VBQ8BG884**

TITRE 1er

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1 - Dénomination de la Mutuelle

Il est constitué une Mutuelle appelée **Mutuelle Générale d'Avignon**, qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité.

Elle est immatriculée à l'INSEE sous le **N° SIREN 334 489 986**.

Le **numéro LEI** de la Mutuelle est le suivant : 969500QZMA9VBQ8BG884

ARTICLE 2 - Siège de la Mutuelle

Le siège est situé au 375, rue Pierre Seghers – Immeuble « le Polaris » - CAP SUD – 84000 – AVIGNON.

Il peut être transféré dans tout autre lieu du territoire par décision de l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

ARTICLE 3 - Objet de la mutuelle

☞ La mutuelle a pour objet de réaliser les opérations d'assurances suivantes :

De mener une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par les présents statuts, contribuant ainsi au développement culturel, moral, intellectuel et physique de chacun de ses membres.

☞ Dans ce cadre, la mutuelle a pour objet de couvrir les risques de dommages corporels liés à la maladie : Branche 2 (maladie) du Livre II.

La Mutuelle peut accepter ces mêmes risques et engagements en coassurance ou réassurance et accomplir toute opération de substitution dans la limite de son objet social.

Elle peut céder ou diffuser tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue à un ou plusieurs organismes relevant du code de la Mutualité ou à tout organisme habilité.

La Mutuelle peut souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance, afin d'assurer au profit de ses membres participants la couverture des risques ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L. 111-1 du code de la Mutualité.

La Mutuelle peut confier sa gestion à des organismes constitués à cette fin. Elle peut prendre en charges la gestion technique et administrative d'organismes régis par le code de la Mutualité, par le livre IX du code de la Sécurité Sociale ou par le code des Assurances.

Elle peut présenter, à titre accessoire, des prestations d'assurances garanties par un autre assureur.

Elle peut céder tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue à un ou plusieurs organismes relevant du Code de la Mutualité ou, sur décision de l'Assemblée Générale Extraordinaire, à tout organisme habilité pratiquant la réassurance.

La Mutuelle peut avoir recours à un intermédiaire. Lorsque cet intermédiaire est désigné par le souscripteur d'un contrat collectif, la Mutuelle informe le souscripteur, le cas échéant, du montant et du destinataire de la rémunération versée.

Elle peut décider de créer une autre mutuelle ou une union.

Elle peut adhérer à une ou plusieurs unions et participer à toute union de groupe mutualiste ou tous groupements comprenant des organismes régis par le code de la Mutualité, par le code des Assurances.

ARTICLE 4 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration. Celui-ci est approuvé par l'assemblée générale et détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les membres de la mutuelle sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlement mutualiste.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement. Celles-ci sont présentées pour rectification à la plus prochaine assemblée générale.

ARTICLE 5 - Règlement Mutualiste

En application de l'article L.114-1 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 de la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

ARTICLE 6 - Respect de l'objet des Mutuelles

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L.111.1 du code de la Mutualité et s'engagent à respecter les principes inscrits dans le Charte de la Mutualité française.

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 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 ou 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'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 - ADHESION

ARTICLE 8 - Catégorie de membres

La mutuelle se compose de membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires.

Peuvent adhérer à la mutuelle en qualité de membre participant :

- Toute personne physique « assuré social »,
- Les fonctionnaires des collectivités territoriales et hospitalières,
- Tout ressortissant d'un régime obligatoire de protection sociale obligatoire en vigueur sur le territoire français, dans un état membre de la Communauté Économique Européenne / Union Européenne, ou en principauté de Monaco.

I - Les membres participants sont les personnes physiques qui payent une cotisation et bénéficient des prestations assurées soit directement par la mutuelle, soit par les unions auxquelles la mutuelle est affiliée, et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

II - Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- ◆ Le conjoint;
- ◆ Le concubin des participants célibataires, divorcés ou veufs, sur présentation d'une attestation sur l'honneur renouvelée chaque année ;
- ◆ Les personnes ayant conclu avec des participants célibataires, divorcés, ou veufs un Pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code Civil ;
- ◆ Les enfants et toutes personnes à charge au sens de la Sécurité Sociale.

Sont assimilés aux enfants à charge :

- ◆ Jusqu'à 21 ans (et dans certains cas spécifiques 26 ans maximum), les enfants qui poursuivent leurs études sans bénéficier du régime de Sécurité Sociale des étudiants ainsi que les enfants qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC ;
- ◆ Jusqu'à 26 ans pour les enfants handicapés dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur vingtième anniversaire.

Les enfants recueillis par le membre participant et dont il a la charge exclusive peuvent également être admis comme ayants droit après accord du Conseil d'Administration.

Les nouveau-nés sont inscrits le premier mois de leur naissance.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome, par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits, et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle Générale d'Avignon.

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui versent une cotisation annuelle, une contribution, font des dons ou ont rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Les services équivalents sont toutes actions et engagements de la personne physique nécessitant une mise à disposition de son temps pour l'accomplissement de missions sociales, d'assistance, de tâches administratives ou l'appartenance à des commissions ou organes décisionnels.

La cotisation annuelle est fixée à 10 euros.

A leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

ARTICLE 9 - Adhésion Individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 8 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

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.

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

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

ARTICLE 10 - Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I - Opérations collectives facultatives

La qualité de membre participant de la Mutuelle Générale d'Avignon résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des présents statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste ou par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

L'employeur ou la personne morale souscriptrice acquiert la qualité de membre honoraire.

II - Opérations collectives obligatoires

La qualité de membre participant de la Mutuelle Générale d'Avignon résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des présents statuts et des droits et obligations définis, par le règlement mutualiste ou par le contrat écrit souscrit par l'employeur auprès de la mutuelle et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, d'une décision unilatérale ou de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise.

L'employeur acquiert la qualité de membre honoraire.

SECTION 2 - DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 11

Le membre participant pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle deux mois avant la date d'échéance prévue au règlement mutualiste ou au contrat.

ARTICLE 12 - Radiation

Sont radiés, les membres de la mutuelle qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission.

Sont radiés, dans les conditions prévues au règlement mutualiste, les membres dont les garanties ont été résiliées en application des articles L.221-7, L.221-8, L.221-10 et L.221-17 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 13 - Exclusion

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles du livre 2 du code de la mutualité, peuvent être exclus les membres qui auraient causé 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 versées et entraînent de plein droit la cessation de toutes les garanties assurées par la Mutuelle Générale d'Avignon.

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 - COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 15 - Sections de vote – Composition

En vue de l'élection des délégués à l'Assemblée générale, tous les membres participants et honoraires sont répartis en sections de vote instituées par le Conseil d'administration selon des critères géographiques ou professionnels.

L'étendue et la composition des sections de votes fixées par le conseil d'administration sont relatées dans le règlement intérieur.

L'Assemblée Générale est composée des délégués des sections de vote.

Les membres participants et les membres honoraires, personnes physiques ou morales, sont indifféremment représentés au sein des sections locales ou professionnelles dont ils relèvent.

ARTICLE 16 - Élection des délégués

Les membres de chaque section élisent les délégués. Les délégués sont élus pour six ans.

Il est procédé à l'élection des délégués au scrutin majoritaire à un tour à la majorité simple :

- soit en assemblée générale de section et par correspondance pour les membres empêchés,
- soit par correspondance.

Sont élus délégués titulaires les candidats à un mandat de délégué ayant recueilli le plus grand nombre de voix, avec priorité aux plus jeunes en cas d'égalité de voix.

Une fois atteint le nombre de mandats de délégués titulaires à pourvoir, les candidats restants ayant reçu une majorité de votes favorables sont élus en qualité de délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues avec priorité au plus jeune en cas d'égalité de voix.

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

ARTICLE 17 - Dispositions propres aux mineurs

Les membres participants mineurs de plus de 16 ans ayant adhéré sans l'intervention de leur représentant légal sont admis au vote.

ARTICLE 18 - Le nombre de délégués

Le nombre de délégués titulaires et suppléants, pour chaque section de vote, est fixé d'après les effectifs des membres participants et honoraires, tels qu'ils ont été enregistrés au siège de la Mutuelle, le 1er janvier précédant la date des élections soit :

- ☞ Un délégué titulaire par tranche de 100 membres ;
- ☞ Autant de délégués suppléants que de candidats ayant recueilli une majorité de votes favorables après atteinte du quota de délégués titulaires.

Chaque tranche entamée donne droit à un délégué titulaire supplémentaire.

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

ARTICLE 19 - Réservé

ARTICLE 20 - Durée du mandat

Les délégués sont élus pour une durée de six ans. Toutefois, les mandats de délégué titulaire et de délégué suppléant cessent de plein droit lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou membre honoraire de la Mutuelle.

ARTICLE 21 - Vacances en cours de mandat et empêchement

21-1 Vacance en cours de mandat

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou pour toute autre cause, d'un délégué titulaire, celui-ci est remplacé de plein droit par le délégué suppléant venant en premier dans l'ordre de suppléance.

En l'absence de délégué suppléant, il peut être procédé, avant la prochaine Assemblée générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur. Cette élection est obligatoire dès lors que plus du tiers des mandats de délégués de la section est vacant.

21-2 Empêchement

Les délégués titulaires empêchés d'assister à l'assemblée générale, hors cas de vacance prévus à l'article 21-1 des présents statuts, peuvent voter par procuration.

Tout délégué titulaire qui se fait représenter doit signer la procuration qu'il donne et indiquer son nom, prénom et domicile.

Le formulaire de procuration précise en outre la date de l'assemblée générale et l'ordre du jour.
Chaque délégué titulaire dispose d'un nombre maximal de 3 procurations.

SECTION 2 - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 22 - Convocation - Auteur et modalités

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration.

A 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.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil
- les commissaires aux comptes
- l'autorité de contrôle mentionnée à l'article L 510-1 du code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant
- un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle mentionnée à l'article L 510-1 d'office ou à la demande d'un ou plusieurs membres participants
- les liquidateurs.

A 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.

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours ouvrables au moins avant la date de sa réunion sur première convocation, et au moins six jours ouvrables avant sa réunion sur deuxième convocation.

Les membres de l'assemblée générale doivent disposer des documents dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

ARTICLE 23 - Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée générale est fixé par le Président du Conseil d'administration.

Toutefois, dans une proportion n'excédant pas un quart des membres délégués, ces derniers peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale, de tout projet demandé au moins cinq jours avant l'assemblée générale par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président.

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

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

ARTICLE 24 - Attributions de l'Assemblée Générale

L'Assemblée générale procède à l'élection à bulletins secrets des membres du conseil d'administration et le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

- 1) les modifications des statuts ;
- 2) les activités exercées ;
- 3) le montant des droits d'adhésion s'ils existent ;
- 4) les montants ou taux de cotisations, dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité ;
- 5) les prestations offertes, dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité ;
- 6) le règlement mutualiste et ses modifications ;
- 7) l'adhésion à une union ou une fédération ou son retrait, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion, la scission ou la dissolution de la mutuelle ainsi que la création d'une autre mutuelle ou union ;
- 8) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
- 9) l'émission de titres participatifs, subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L 114-44 et L 114-45 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 ainsi que les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- 12) le cas échéant, les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- 13) le cas échéant, le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées mentionné à l'article L114-34 du code de la mutualité ;
- 14) le cas échéant, le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre la mutuelle et un organisme relevant du livre III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L 114-39 du même code ;
- 15) toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;
- 16) le montant du fond d'établissement
- 17) Les principes de la délégation de gestion d'un contrat
- 18) Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité.

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 apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L 111-3 et L 111-4 du code de la mutualité ;
- 4) les délégations de pouvoirs prévues à l'article 27 des présents statuts.

ARTICLE 25 - Modalités de vote de l'assemblée générale

Les votes ont lieu à bulletin secret sauf, demande exprimée par 1/4 au moins des membres présents et représentés pour les décisions dont l'adoption à bulletin secret ne relève pas d'une disposition légale ou statutaire expresse.

25-1 - Délibérations nécessitant un quorum et une majorité renforcés :

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le montant des droits d'adhésion, les montants ou taux de cotisation des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, la délégation prévue à l'article 27, les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, et le choix d'un réassureur non régi par le code de la mutualité, les règles générales en matière d'opérations collectives, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée générale peut être convoquée.

Elle délibérera valablement si le nombre de délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

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

25-2 - Délibération nécessitant un quorum et une majorité simples :

Lorsqu'elle se prononce sur des attributions autres que celles visées au 25-1 ci-dessus, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre des délégués présents et représentés est au moins égale au quart du nombre total des délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibérera valablement quel que soit le nombre de délégués ses membres présents et représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés

ARTICLE 26 - 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 de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

ARTICLE 27 - Délégation de pouvoir

Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L 221-2 du Code de la Mutualité, l'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination et de modification des montants ou des taux de 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 28 – Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé de 12 à 22 membres, élus parmi les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations.

Le nombre d'administrateurs est fixé annuellement par l'assemblée générale.

Les membres participants représentent au moins les deux tiers du Conseil d'administration.

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

ARTICLE 29 - Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres doivent :

- ◆ Être âgés de 18 ans;
- ◆ ; Etre à jour de ses cotisations
- ◆ Ne pas exercer, ou avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection;
- ◆ N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité;
- ◆ Ne pas appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations.

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

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

Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

ARTICLE 30 – Modalités d'élection

Les membres du Conseil d'administration sont élus, à bulletins secrets, par les délégués de l'Assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

Les candidats au mandat d'administrateur adressent leur candidature par écrit au siège social de la Mutuelle, au plus jusqu'au jour de l'assemblée générale.

La preuve de l'envoi ou de la remise est à la charge du candidat.

ARTICLE 31 – Durée du mandat

Les membres du Conseil sont élus pour une durée de trois ans.

Les fonctions d'administrateur prennent fin à l'issue de l'Assemblée générale d'approbation des comptes, tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat de l'administrateur.

Les membres du Conseil cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- en cas de démission ou décès,
- en cas de condamnation visée à l'article L 114-21 du Code de la Mutualité,
- en cas de non respect de la règle des cumuls de mandats visée à l'article L 114-23 du Code de la Mutualité,
- en cas de non respect de la proportion maximale d'administrateurs de plus de 70 ans,
- en cas d'opposition notifiée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application de l'article L 612-23-1 du Code Monétaire et Financier.

ARTICLE 32 – Renouvellement du Conseil d'administration

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les ans. Les membres sortants sont rééligibles.

En cas de renouvellement complet du Conseil d'administration, il est procédé par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Lorsque l'assemblée générale crée un ou plusieurs postes d'administrateurs supplémentaires dans le cadre de la fourchette d'administrateurs prévue à l'article 28, et afin de conserver un équilibre dans ses tiers, les mandats des nouveaux administrateurs seront affectés au tiers auquel correspond le plus petit nombre d'administrateurs, et en cas d'égalité, au tiers dont la date d'expiration des mandats est la plus éloignée.

L'imputation des nouveaux administrateurs dans les tiers renouvelables suivant la priorité précitée pourra ensuite s'effectuer par tirage au sort.

Dans ce cas précis ou lors du renouvellement complet du conseil nécessitant un nouveau tirage au sort, les nouveaux administrateurs pourront être amenés à réaliser un mandat inférieur à trois ans.

ARTICLE 33 – Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un administrateur, il peut être pourvu par le Conseil d'administration pour une durée courant jusqu'à la plus proche assemblée générale, à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée générale.

Si la nomination faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

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

SECTION 2 – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 34 - Réunions

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

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

Il peut inviter les personnes extérieures à assister aux réunions du conseil d'administration, qui délibère alors sur cette présence.

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée aux réunions du Conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles.

ARTICLE 35 – Représentation des salariés au Conseil d'administration

Un représentant du personnel de la Mutuelle mandaté par l'ensemble des salariés assiste avec voix consultative aux séances du conseil d'administration.

ARTICLE 36 – Délibérations

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du Président du Conseil d'Administration est prépondérante.

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

ARTICLE 37 – Compétences du conseil d'administration

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

Il opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

Il donne son autorisation préalable à toute convention conclue avec un administrateur en application de l'article L.114-32 du code de la mutualité.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit, conformément à l'article L.114-17 du code de la mutualité, un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale.
Le cas échéant, il établit les comptes consolidés ou combinés et le rapport de gestion du groupe.

Il établit le rapport de solvabilité visé à l'article L.212-3 du code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes visé à l'article L.212-6 du même code.

Il établit chaque année un rapport qui rend compte des opérations d'intermédiation et qu'il présente à l'Assemblée Générale.

Le conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration ou au dirigeant.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles et conformément à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 38 – Délégations d'attributions par le Conseil d'administration

Dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, le conseil peut déléguer sous sa responsabilité et son contrôle, partie des ses pouvoirs au Président, au Bureau, à un ou plusieurs administrateurs, au Directeur de la Mutuelle, ainsi qu'à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion.

Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

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

Il peut également, en ce qui concerne la gestion courante de la Mutuelle, déléguer à des salariés des pouvoirs définis. Les délégations consenties sont établies dans une délibération du conseil. Celle-ci est en principe prise pour une durée qui court jusqu'au renouvellement du Bureau. Une durée différente peut être retenue si l'objet de la délégation le justifie.

SECTION 3 – STATUT DE L'ADMINISTRATEUR

ARTICLE 39 - Remboursement des frais aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Cependant, la mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour, et de garde d'enfants, dans les conditions déterminées par le 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 à l'article L.114-26 du Code de la mutualité.

ARTICLE 40 - Interdictions liées à la fonction d'administrateur

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, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article 39 des présents statuts.

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

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à 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 autre organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux dispositions des articles L.114-32 à L.114-37 du code de la Mutualité.

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

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

ARTICLE 41 – Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du Conseil d'Administration

Sous réserve des dispositions de l'article suivant 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 L.212-7 du code de la mutualité.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 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 42 - 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 L.114-33 du code de la mutualité, sont communiquées par ce dernier au président du conseil d'administration. La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués 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 L.114-33 du code de la mutualité.

ARTICLE 43 – 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, en qualité d'administrateur, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs.

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

ARTICLE 44 – Obligations et Responsabilités

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.

Pour l'accomplissement de leurs missions, les administrateurs s'engagent à acquérir et/ou actualiser les compétences nécessaires à l'exercice de ces missions et des attributions particulières qui leur sont confiées.

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 L.114-21 du code de la mutualité.

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

CHAPITRE 3

PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION 1 – ÉLECTION ET MISSIONS DU PRÉSIDENT

ARTICLE 45 – Élection et révocation

Le conseil d'administration élit en son sein, tous les ans un Président.

Cette élection a lieu, à bulletins secrets, au scrutin majoritaire à un tour, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée ayant procédé au renouvellement du conseil.

Le Président ne peut être nommé pour une durée excédant celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible. Le Conseil d'administration peut à tout moment, mettre un terme à ses fonctions.

Le président du Conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de Président, que quatre mandats d'administrateur dont au plus deux mandats de président du conseil d'administration d'une fédération ou d'une union ou d'une mutuelle.

Dans le décompte des mandats de président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

Les candidatures au poste de président sont communiquées par tous moyen jusqu'au jour de l'élection.

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

ARTICLE 46 - Missions du Président

Le Président du conseil d'administration représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il convoque le Conseil d'administration et établit l'ordre du jour des réunions. Il organise et dirige les travaux du Conseil dont il rend compte à l'assemblée générale.

Il informe le Conseil des procédures engagées en application des articles L 631-30 et suivants du Code Monétaire et financier.

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

Il soumet au conseil d'administration les conventions intervenant avec un administrateur conformément à l'article L.114-32 du code de la mutualité. Il donne avis aux commissaires aux comptes de ces conventions.

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

Il communique aux membres du conseil d'administration et aux commissaires aux comptes la liste et l'objet des conventions intervenant avec un administrateur conformément à l'article L.114-33 du code de la mutualité.

Cette communication doit intervenir au plus tard lors de la réunion du conseil d'administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

Il engage les recettes et les dépenses et prend les décisions de gestion courante dont il veille à l'application.

Le président peut sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier au Directeur de la Mutuelle, ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et de leur déléguer pour des objets nettement déterminés. En aucun cas, le président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement attribuées par la loi.

ARTICLE 47 – Vacance de la Présidence

En cas de décès, démission ou 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 d'administration est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le Vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

SECTION 2 – ÉLECTION ET COMPOSITION DU BUREAU

ARTICLE 48 – Élection et révocation

Le conseil d'administration élit en son sein, tous les ans, un bureau composé de droit du Président, ainsi que :

- d'un Vice-président,
- d'un Trésorier,
- d'un Trésorier Adjoint,
- d'un secrétaire Général
- d'un Secrétaire Adjoint.

Cette élection a lieu, à bulletins secrets, au scrutin majoritaire à un tour, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée ayant procédé au renouvellement du conseil.

Les membres du Bureau ne peuvent être nommés pour une durée excédant celle de leur mandat d'administrateur. Ils sont rééligibles. Le Conseil d'administration peut à tout moment, mettre un terme à leurs fonctions.

Les candidatures au poste de membre du bureau sont présentées en séance du conseil d'administration procédant à l'élection de ces membres. 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 49 – Attributions du Bureau

Le Bureau exerce les attributions qui lui sont déléguées par le Conseil d'administration ou qui relèvent des attributions spécifiques visées aux présents statuts. Il étudie toute question et instruit tout dossier en vue de leur présentation éventuelle au conseil.

- I. Le Vice-président assiste le Président dans l'exercice de ses fonctions.
En cas d'empêchement du président, la suppléance est assurée par le Vice-président avec les mêmes pouvoirs dans toutes les fonctions.
- II. Le Secrétaire général est responsable des convocations, de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.
Le secrétaire général est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au directeur de la Mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines missions qui lui incombent et déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.
Le secrétaire général adjoint seconde le secrétaire générale et le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions en cas d'empêchement.
- III. 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 présente à l'Assemblée générale un rapport annuel sur la situation financière de la Mutuelle.

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 prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L.114-9 du code de la mutualité,
- les éléments visés aux paragraphes a) c) d) et f) ainsi qu'aux deux derniers alinéas de l'article L.114-17 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 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.

Le trésorier adjoint seconde le trésorier, et le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions en cas d'empêchement.

ARTICLE 50 – Réunions et Délibérations

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

La convocation est envoyée par tous moyens aux membres du Bureau cinq jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions qui délibère alors sur cette présence.

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

SECTION 1 - PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 51 - Produits

Les recettes de la Mutuelle comprennent :

- Les cotisations de membres participants et des membres honoraires ;
- Les dons et legs mobiliers et immobiliers ;
- Les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- Plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi et conformes à l'objet social de la Mutuelle.

ARTICLE 52 - Charges

Les charges comprennent :

- Les diverses prestations servies aux membres participants ;
- Les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle
- Les versements effectués aux unions et fédérations ;
- La participation aux dépenses de fonctionnement du Comité départemental de coordination ;
- Les cotisations versées au Fonds de garantie ;
- Les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L. 111-6 du code de la Mutualité ;
- La contribution prévue par l'article L 612-20 du Code Monétaire et Financier et affectée aux ressources de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour l'exercice de ses missions ;
- Plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes de la Mutuelle.

ARTICLE 53 – 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 54 – Apports et transferts financiers

En cas de création de mutuelles définies à l'article L.111-3 ou d'unions définies à l'article L.111-4 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

ARTICLE 55 – Règles en matière de placements financiers et retrait des fonds

Les fonds de la Mutuelle sont placés conformément aux règles de prudence prévues par la législation et la réglementation relative au Code de la Mutualité.

Les placements et retraits de fonds sont effectués dans les conditions prévues par les dispositions légales en vigueur et conformément au décret n° 2002-720 du 2 mai 2002.

Ils sont régis par le droit français et soumis en cas de litige à la compétence exclusive des juridictions françaises.

Ils doivent constituer une garantie à la première demande, irrévocable et inconditionnelle.

L'établissement de crédit garant doit être un établissement habilité à opérer en France en application de la loi n° 84-46 du 24 janvier 1984 modifiée.

ARTICLE 56 – Système de garanties

La mutuelle n'adhère pas à un système de garantie.

ARTICLE 57 - Marge de solvabilité

En application de l'article L.212-1 du code de la mutualité, la mutuelle dispose d'une marge de solvabilité constituée conformément à la réglementation applicable.

Lorsque la marge de solvabilité n'est pas respectée, le Conseil d'Administration peut procéder à des rappels de cotisations ou à des réductions de prestations. Cette décision doit être ratifiée par l'Assemblée Générale la plus proche.

ARTICLE 58 - Fonds d'établissement

Le fond d'établissement est fixé à 228 600 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 25 – I des statuts sur proposition du conseil d'administration.

SECTION 3 – COMMISSAIRES AUX COMPTES

ARTICLE 59 - Attributions

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

Le président convoque le(s) commissaire(s) au compte(s) à toute assemblée générale.

Le Commissaire aux comptes est convoqué aux Assemblées générales au plus tard lors de la convocation des délégués. Lorsque les circonstances le justifient, il peut convoquer une Assemblée générale, après avoir vainement requis sa convocation du Président du Conseil d'Administration.

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 toutes natures versées à chaque administrateur,
- certifie les comptes clos établis par le Conseil d'Administration,
- le cas échéant, 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 L.114-32 du code de la mutualité,
- établit et présente à l'assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité,
- fournit à la demande de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- porte à la connaissance du conseil d'administration et de la commission de contrôle 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 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.

Le Commissaire aux comptes fournit à la demande l'Autorité de contrôle prudentiel tout renseignement sur l'activité sans pouvoir opposer le secret professionnel. Il avise sans délai la Commission de tout fait et décision mentionné à l'article L 612-44 du Code Monétaire et Financier dont il a eu connaissance.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 60 – Rappel de cotisations et prestations variables

Conformément à l'alinéa 4 de l'article R 212-9 du code de la mutualité, la Mutuelle peut procéder en cours d'exercice à des rappels de cotisations ou à des réductions de prestations.

Le montant maximal de la cotisation qui peut être appelée est fixé dans les bulletins d'adhésion et les contrats collectifs.

Ce montant ne peut être inférieur à une fois et demi le montant de la cotisation normale nécessaire pour faire face aux charges probables résultant des sinistres et aux frais de gestion.

Le montant de la cotisation normale figure dans le règlement mutualiste et les contrats collectifs.

Ce rappel de cotisation sera notifié à tous les membres participants ou à la personne morale souscriptrice d'un contrat collectif par envoi en recommandé.

Les dispositions du présent article s'appliquent exclusivement aux seules garanties à cotisations et prestations variables.

ARTICLE 61 - Étendue de l'information

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts auxquels il a adhéré par bulletin d'adhésion ainsi qu'un exemplaire du règlement mutualiste.

Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

Dans le cadre des opérations collectives, l'adhérent reçoit une notice qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de résiliation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Chaque adhérent 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.

ARTICLE 62 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est provoquée par l'Assemblée générale extraordinaire.

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée générale extraordinaire, à d'autres mutuelles ou unions ou Fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du code de la Mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du code de la Mutualité.

ARTICLE 63 – Médiation

Le traitement des réclamations et le recours au service de médiation sont précisés dans le règlement mutualiste.

ARTICLE 64 - Interprétation

Les statuts, le règlement mutualiste, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Règlement Intérieur

Le règlement intérieur a pour but de préciser les conditions d'application des statuts de la Mutuelle. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et au règlement mutualiste.

Le Conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement. Celles-ci sont présentées pour ratification à la prochaine Assemblée Générale.

ARTICLE R.1 Sections de vote.

Les délégués sont répartis en sections de vote de la façon suivante :

- d'Orange,
- de Pertuis,
- de Valréas,
- d'Avignon,
- de la Santé,
- d'Alès,
- Bollène,

ARTICLE R.2 Élections des délégués – qualité des électeurs

Les électeurs sont les membres participants et les membres honoraires figurant sur les états de la mutuelle le jour de l'appel à candidature.

ARTICLE R.3 Candidats aux mandats de délégués

Sont éligibles, les membres participants et honoraires personnes physiques (les membres honoraires personnes morales désignant à cet effet un représentant personne physique) de plus de 18 ans.

ARTICLE R.4 : Déclaration de candidature

Un courrier d'appel à candidature sera aussi adressé à l'ensemble des membres participants et honoraires.

L'appel à candidature pourra être réalisé par voie de presse.

Chaque candidat doit faire acte de candidature à la fonction de délégué titulaire ou suppléant, en remplissant, après avoir vérifié son éligibilité au regard de l'article 3 du présent règlement intérieur, en datant et signant la fiche de candidature prévue à cet effet jointe à l'appel à candidature.

ARTICLE R.5 : Date limite de candidature

La date limite de dépôt de candidatures est fixée dans le courrier d'appel à candidature.

En cas d'élection en Assemblée Générale, de nouveaux candidats peuvent se présenter le jour de l'Assemblée si le nombre statutaire de délégués n'est pas couvert par le nombre de candidats.

Les dernières candidatures sont acceptées dans l'ordre de leur portée à connaissance dans la limite du nombre statutaire de délégués.

ARTICLE R.6 : Recensement des candidatures

La Mutuelle établira la liste des candidatures reçues.

Au cas où le nombre de candidatures aux fonctions de délégués n'était pas au moins égal au nombre de postes de délégués titulaires à pourvoir dans les conditions visées au présent règlement, les élections pourront toutefois être organisées dès lors que le nombre de candidats sur chaque liste est au moins égal à 70% des postes de délégués à pourvoir.

Dans ce cas, des candidatures pourront être sollicitées annuellement au sein des sections ou collèges pour complément des postes manquants, les mandats de délégués s'exerçant alors pour la durée restant à courir jusqu'au renouvellement général.

De même, en cas de développement de la mutuelle augmentant sensiblement le nombre d'adhérents à une section ou un collège, des élections partielles complémentaires de délégués pourront être organisées sur décision du conseil d'administration, les mandats de ces nouveaux délégués s'exerçant pour la durée restant à courir jusqu'au renouvellement général.

ARTICLE R.7 : Composition.

L'Assemblée Générale est composée des délégués titulaires de section. Le nombre de délégués titulaires et suppléants pour chaque section de vote est fixé d'après les effectifs des membres participants et honoraires tels qu'ils ont été enregistrés au siège de la mutuelle le 1^{er} janvier précédant la date des élections, soit :

- 1 délégué titulaire pour 100 membres participants.

Le nombre de délégués suppléants est libre et correspond au nombre de candidats, une fois atteint le nombre statutaire de délégués titulaires, qui ont recueilli une majorité de votes favorables.

ARTICLE R.8 : Modalités de vote

Le conseil d'administration décide des modalités de vote retenues :

Vote par correspondance

Après établissement des listes de candidats par sections, la Mutuelle adresse ces dernières sous forme de bulletins aux membres des sections avec l'ensemble des informations nécessaires notamment la date butoir de vote. Ce pli comprend également une enveloppe anonyme dans laquelle insérer le bulletin de vote, à glisser dans une seconde enveloppe permettant d'identifier le membre votant ou à déposer au siège social de la Mutuelle.

Chaque électeur vote par correspondance dans les conditions fixées par la Mutuelle dans son courrier d'accompagnement.

Un bureau de vote composé du président et de deux assesseurs désignés par le conseil d'administration sera installé au siège de la Mutuelle, à l'issue du délai de vote.

Le dépouillement interviendra en deux temps :

- un premier dépouillement des enveloppes d'envoi permettant d'enregistrer les votants (en cas de remise du bulletin de vote au siège social, le nom de l'adhérent aura été enregistré au fur et à mesure),
- un second des enveloppes anonymes pour le résultat des votes.

Vote en assemblées de section et par correspondance pour les membres empêchés

Après établissement des listes de candidats par sections, la Mutuelle adresse ces dernières sous forme de bulletins aux membres des sections, et les invite au vote organisé en section, la date, les horaires et le lieu de vote figurant dans son courrier d'envoi.

Les membres empêchés peuvent demander un bulletin de vote par correspondance, qui leur est adressé par la mutuelle, à lui retourner dans les conditions visées ci-dessus pour les votes par correspondance et au plus tard la veille du jour du vote en assemblée.

Aux dates et horaires fixés, un bureau de vote est installé, composé d'un président et de deux assesseurs désignés par le conseil d'administration.

A la clôture du vote, un dépouillement des votes (incluant le cas échéant les enveloppes des votes par correspondances, dépouillées préalablement de la première enveloppe), sera immédiatement réalisé.

ARTICLE R.9 : Organisation des assemblées générales

Les assemblées sont présidées par le Président du Conseil d'Administration ou, en son absence, par le vice président. A défaut, l'Assemblée Générale élit elle-même son Président de séance pris parmi les administrateurs de la mutuelle.

Les délibérations des Assemblées Générales sont constatées par des procès-verbaux, visés par le Président du Conseil d'Administration.

ARTICLE R.10 : Admission des membres honoraires

Le conseil d'administration statue annuellement sur les candidatures au statut de membre honoraire de la mutuelle, au regard des conditions d'admission à remplir en application des dispositions de l'article 8 des statuts.

Le conseil d'administration décide également de la nécessité d'appeler la cotisation annuelle en fonction des contributions et services rendus par le candidat au statut de membre honoraire.

La décision d'admission est prise pour l'année civile en cours, et doit être renouvelée annuellement en cas de réitération de la candidature.

Le conseil d'administration décide librement de l'acceptation de la candidature et des renouvellements éventuels.

ARTICLE R.11 : Remboursement des administrateurs

Dans le cadre de l'application de l'article L 114-26 du code de la mutualité, les administrateurs sont remboursés de leurs frais de déplacement à hauteur de 0,50 euros le kilomètre parcouru.

Les autres remboursements se font sur production des justificatifs.

En cas de déplacement par train, la base de remboursement est faite sur un tarif de seconde classe.

Le prix des chambres d'hôtel est plafonné à 100 €

PARTIE I

Contrats individuels et collectifs hors statut territoriaux

ARTICLE 1 : Objet du règlement Mutualiste

Le présent règlement mutualiste a pour objet de préciser les conditions d'exercice des garanties souscrites auprès de la Mutuelle générale d'Avignon par ses membres participants.

ARTICLE 2 : Définition des membres participants.

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

Les membres participants sont des personnes physiques qui versent une cotisation et qui bénéficient de prestations de la part de la Mutuelle tel que stipulé à l'article 8 des statuts.

A leur demande, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

ARTICLE 3 : Personnes couvertes.

Les personnes couvertes sont :

I - Les membres participants

II - Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- ◆ Le conjoint;
- ◆ Le concubin des participants célibataires, divorcés ou veufs, sur présentation d'une attestation sur l'honneur renouvelée chaque année ;
- ◆ Les personnes ayant conclu avec des participants célibataires, divorcés, ou veufs un Pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code Civil ;
- ◆ Les enfants et toutes personnes à charge au sens de la Sécurité Sociale.

Sont assimilés aux enfants à charge :

- ◆ Jusqu'à 21 ans pour les opérations individuelles et jusqu'à 26 ans pour certains contrats collectifs, les enfants qui poursuivent leurs études
- ◆ Les étudiants ;
- ◆ Sans limite d'âge, les enfants handicapés dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur vingtième anniversaire.

Les enfants recueillis par le membre participant et dont il a la charge exclusive peuvent également être admis comme ayants droit après accord du Conseil d'Administration.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome, par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits, et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle Générale d'Avignon.

ARTICLE 4 : Adhésion.

➤ **Contrats Individuels :**

Conformément à l'article 9 des statuts de la Mutuelle, le membre participant titulaire de la garantie adhère librement en signant un bulletin d'adhésion, après avoir pris connaissance du règlement mutualiste qui précise les conditions contractuelles.

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.

➤ **Contrats collectifs :**

Le membre participant et ses ayants droits adhérents dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par son employeur ou une personne morale de façon facultative ou obligatoire, selon la nature du contrat (article 10 des statuts).

La signature du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif par l'employeur ou une personne morale, emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Dans tous les cas, le membre participant doit justifier de son appartenance à l'entreprise ou à la collectivité signataire en présentant une attestation de son employeur et le dernier bulletin de salaire. L'employeur ou la personne morale souscriptrice acquiert la qualité de membre honoraire.

ARTICLE 5 : Carte d'adhérent.

A la prise d'effet du contrat, une carte d'adhérent est délivrée au membre participant.

Sur la carte d'adhérent sont inscrits, les noms et prénoms du membre participant et de tous ses ayants droits.

Elle indique la garantie souscrite et les dates de validité pour l'ouverture des droits.

Elle est renouvelée trimestriellement, semestriellement ou annuellement suivant le mode de règlement.

Dans le cas du prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, elle est renouvelée annuellement sauf impayés entraînant un renouvellement fractionné dans les conditions de prudence et de suivi fixées par la mutuelle.

Pour les adhérents bénéficiant de la portabilité des droits telle que visée à l'article L 911-8 du Code de la Mutualité, la carte de tiers payant pourra revêtir une durée mensuelle.

ARTICLE 6 : Effet et durée des garanties.

Les garanties prennent effet dès l'adhésion si l'adhérent avait une mutuelle antérieurement si contraire, un stage de 3 mois ou 6 mois peuvent être appliqués selon la garantie.

Pour les contrats responsables pendant ces délais de stage, la mutuelle ne prendra en charge que le ticket modérateur sur tous les soins (médecine, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire, appareillage, cure thermale, transports) et le forfait journalier en cas d'hospitalisation médicale pour laquelle le régime obligatoire intervient.

Toute adhésion est souscrite pour la durée minimale d'une année civile dans la garantie initialement choisie, exceptionnellement 9 mois pour la section étudiante. En cas d'adhésion en cours d'année, sa durée va jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La garantie est renouvelable annuellement, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties, opérée par lettre recommandée, effectuée sous préavis de deux mois, soit avant le 1^{er} novembre de chaque année. L'adhérent est informé de cette disposition, à défaut, il bénéficie de droits à résiliation plus favorables dans les conditions de l'article L 221-10-1 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 7 : Cotisations.

Les cotisations sont votées et réactualisées annuellement par l'Assemblée Générale en séance plénière ou en cours d'année si les circonstances l'exigent ou par délégation au conseil d'administration. Elles sont établies par année civile.

La mutuelle se place sous le régime des cotisations variables conformément à l'article 60 de ses Statuts.

Elles sont payables d'avance par mois, trimestre, semestre ou année. En cas de paiement mensuel, le prélèvement automatique est obligatoire.

Dans le cadre du contrat collectif, elles peuvent être précomptées sur le salaire du membre participant à terme à échoir. L'appel des cotisations sera effectué par la Mutuelle à partir du fichier, actualisé mensuellement des mouvements de personnel.

Le montant des cotisations peut être en fonction :

- De l'âge,
- De la garantie choisie,
- De la composition familiale,
- De l'âge au moment de l'adhésion,
- De l'ancienneté de l'adhérent dans la Mutuelle.

Au mois de décembre, un appel de cotisations pour l'année suivante est adressé à chaque membre participant.

Les cotisations sont révisables chaque année. Elles sont réactualisées en fonction des éléments suivants :

- Nouvelles mesures conventionnelles législatives qui modifient les prestations en nature du régime obligatoire,
- Cause extérieure qui modifie le risque,
- Évolution annuelle des dépenses santé,
- Équilibre des charges de prestations par rapport aux cotisations encaissées au cours d'une même année civile.

Le barème des cotisations par garantie est fixé en annexe 1 du présent règlement.

ARTICLE 8 : Défaut de paiement des cotisations

Opérations individuelles

A défaut de paiement des cotisations, les membres participants pourront être radiés dans les conditions suivantes : à partir de 10 jours après l'échéance, la mutuelle adresse à l'adhérent une mise en demeure par pli recommandé avec accusé de réception, aux frais du débiteur pour l'informer qu'en cas de non paiement dans un délai de 30 jours à dater de la mise en demeure, son contrat mutualiste sera suspendu.

Dix jours après ce terme, à défaut de régularisation, la radiation pourra être notifiée à l'adhérent, à effet immédiat. Dans ce cas, le membre participant ne pourra pas exiger de certificat de radiation de la part de la Mutuelle.

La radiation du membre participant entraîne celle de ses ayants droits.

A l'issue de cette procédure, le solde des cotisations ainsi que les frais restant dus demeureront exigibles et feront l'objet d'une mise en contentieux et de poursuites en justice.

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 la cotisation.

Opérations collectives

Lorsque dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, la garantie peut être suspendue passé un délai de 30 jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur, la mutuelle informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur du contrat est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur à la personne morale pour le paiement des cotisations.

Le mutuelle pourra résilier le contrat collectif 10 jours après le délai de 30 jours mentionné ci-dessus.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payés à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque dans le cadre d'opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement, la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

La procédure prévue pour les cas de précompte par l'employeur est applicable à l'employeur qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure, et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

ARTICLE 9 : Résiliation.

Pour les opérations individuelles, la résiliation doit être demandée à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception avant le 1^{er} novembre de chaque année. L'acceptation par la Mutuelle de la demande de radiation du membre participant est subordonnée à l'acquittement du montant des cotisations jusqu'au 31 décembre.

Pour tous les autres motifs la résiliation en cours d'année n'est pas prévue (sous réserve des dispositions de l'article L.221-17 du code de la Mutualité).

Pour les opérations collectives à adhésion facultative, le membre participant, l'employeur ou la personne morale souscriptrice du contrat et l'employeur, ou la personne morale pour les opérations collectives à caractère obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans, en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle avant le 1^{er} novembre. Les cotisations sont dues jusqu'au 31 décembre.

Le code de la de la Mutualité prévoit dans ses articles L 221-10, L 221-10-1 et L221-17 les cas de résiliation invocables par les adhérents quel que soit le contenu du règlement mutualiste ; la résiliation pour mise en place par l'employeur d'un régime de frais de santé obligatoire n'en fait pas partie.

A contrario, les salariés peuvent de plein droit reporter leur adhésion au contrat obligatoire en cas d'existence d'une garantie individuelle. En effet, l'article D 911-2 du Code de la Sécurité Sociale prévoit que tous les salariés peuvent demander la dispense lors de la mise en place ou de l'embauche s'ils sont concernés pas les cas suivants :

Les salariés présents dans l'entreprise avant la mise en place, par décision unilatérale de l'employeur, d'une couverture complémentaire santé financée pour partie par le salarié (article 11 de la loi Evin)

Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. (La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel);

Enfin, dans le cas des CDD ou contrats de mission d'une durée inférieure à 3 mois, les salariés peuvent invoquer le versement santé dans les conditions prévues à l'article L 911-7-1 du Code de la Sécurité Sociale qui leur permet d'être dispensés d'adhérer au dispositif obligatoire et de recevoir une participation de leur employeur pour financer le contrat individuel auquel ils adhèrent.

ARTICLE 10 : Résiliation et droits aux Prestations.

Les garanties cessent pour le membre participant et ses ayants droits à la date d'effet de la radiation excepté pour les soins antérieurs au changement de situation.

Le non paiement des cotisations conformément à l'article 8 du règlement mutualiste qui entraîne la radiation du membre participant et de ses ayants droits entraîne également la cessation de paiement des prestations à la date de prise d'effet de la dénomination effective de radiation.

ARTICLE 11 : Prestations.

Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, il faut que le membre participant soit à jour de ses cotisations.

Un délai de carence de six mois en fonction des garanties peut être exigé avant de pouvoir bénéficier de tout ou partie des garanties.

Pour les contrats responsables pendant ces délais de stage, la mutuelle ne prendra en charge que le ticket modérateur sur tous les soins (médecine, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire, appareillage, cure thermale, transports) et le forfait journalier en cas d'hospitalisation médicale pour laquelle le régime obligatoire intervient.

Les frais de santé pris en charge par la Mutuelle sont en fonction de la garantie choisie par le membre participant à la prise d'effet de son adhésion.

Seuls sont pris en charge les frais de santé effectués postérieurement à la date d'adhésion du membre participant et de ses ayants droit.

Ces prestations complètent en partie ou en totalité suivant le contrat et suivant la législation en ce domaine le remboursement des frais de santé effectué par l'organisme obligatoire.

Par conséquent, les remboursements de la Mutuelle sont calculés sur la base des tarifs conventionnels en vigueur au moment de la date de soins et des nomenclatures générales.

Le remboursement des dépassements d'honoraires prévu dans les diverses grilles de prestations ne sera opéré que pour les dépassements générés à l'intérieur du parcours de soins en application de la récente réforme de la Protection Sociale.

Les prestations décrites dans la garantie sont exprimées en pourcentage du tarif conventionnel du régime obligatoire et tiennent compte du ticket modérateur, **en vigueur au jour de prise d'effet de l'adhésion** et dans le cadre des obligations légales énoncées par la récente réforme.

Les frais de santé non pris en charge par l'organisme obligatoire ne peuvent pas donner lieu à des remboursements de la part de la Mutuelle, excepté pour certaines prestations expressément décrites dans la garantie choisie au moment de l'adhésion.

Les prestations payées par la Mutuelle s'ajoutant à celles du régime obligatoire ne peuvent en aucun cas permettre au membre participant et à ses ayants droits de recevoir des sommes supérieures aux dépenses réellement engagées.

Les prestations garanties par la Mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels de santé dans le cadre du Tiers Payant.

Si le membre participant a avancé le montant du paiement de ses soins, les prestations garanties par la Mutuelle lui seront versées :

- Directement, après récupération par la mutuelle de l'information électronique auprès de l'organisme obligatoire ou sur présentation du décompte des prestations en nature établi par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire.
- Sur présentation des pièces justificatives pour les autres prestations hors nomenclature et non pris en charge par le régime obligatoire (factures, notes d'honoraires acquittées etc...).

La Mutuelle est dans l'obligation de n'accepter que les documents originaux, ils ne pourront pas être restitués.

Les demandes de prestations devront sous peine de forclusion, être réclamées dans un délai maximal de deux ans à compter de la date du traitement du dossier par le régime obligatoire ou de l'évènement générateur de la prestation. Les pièces justificatives devront être transmises à la Mutuelle.

Après résiliation de la garantie pour quelque motif que ce soit, les demandes de prestations accompagnées de justificatifs devront, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximal de deux mois à compter de la date d'effet de la radiation.

Dans tous les cas, aucune réclamation ne pourra être prise en compte au-delà d'un délai de un an.

Prise en charge des dépassements d'honoraires

Dans le cadre des "contrats responsables", et en vertu du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, les dépassements d'honoraires devront à minima respecter un plafond de 100% de la base de remboursement pour les médecins et prestataires non signataires du contrat d'accès aux soins (CAS), et dans le même temps, devront être inférieur d'au moins 20% aux plafonds de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins et prestataires signataires d'un CAS.

Le détail des prestations par garantie figure en annexe 2 du présent règlement.

ARTICLE 12 : Modification de garantie.

La garantie souscrite au moment de l'adhésion est renouvelable chaque année par tacite reconduction.

Les demandes de modifications de garantie sont recevables jusqu'au 31 Janvier de l'année nouvelle.

Le membre participant devra signer un bulletin de modification de garantie.

Le changement de garantie est obligatoirement étendu à tous ses ayants droits.

ARTICLE 13 : Modifications de situation.

Le membre participant doit informer la Mutuelle de toutes les personnes à couvrir.

Il doit transmettre à la Mutuelle les mises à jour le concernant, lui et ses ayants droits : changement d'adresse, de compte bancaire, et tout autre évènement modifiant sa situation familiale.

Les nouveaux nés doivent être inscrits dans un délai d'un mois après leur naissance pour une prise en charge au jour de la naissance comprenant les frais obstétricaux.

Passé ce délai d'inscription, la prise en charge interviendra le 1^{er} du moins suivant l'inscription pour les seuls évènements survenus à compter de cette date.

Dans le cadre des contrats collectifs, l'employeur ou la personne morale signataire du contrat collectif s'oblige à fournir à la Mutuelle la liste de tous les membres du groupe à garantir, et à transmettre tous les mois, les mises à jour concernant les nouvelles

adhésions, les départs, les retraites, les modifications d'adresse ou de compte bancaire et tout évènement modifiant la composition familiale.

ARTICLE 14 : Cessation des garanties.

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des dites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droits contre des tiers responsables. L'exercice de la subrogation intervient dans les conditions posées par l'article L 224-9 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 15 : Cessation des garanties.

Les garanties cessent pour le membre participant et ses ayants droits à la date d'effet de la radiation et dès qu'ils ne répondent plus aux conditions pour faire partie de la Mutuelle telles que définies aux articles 12 et 13 des statuts de la Mutuelle et de l'article 4 du présent règlement, sauf pour les soins antérieurs au changement de situation.

Le non paiement des cotisations entraîne la suspension puis la radiation conformément à l'article 8 du règlement mutualiste.

ARTICLE 16 : Exclusion.

Les accidents liés à la pratique d'un sport professionnel ou aérien (parachute, deltaplane, planeur, aviation, saut à l'élastique), ainsi que les frais de santé entrant dans le cadre de la législation des accidents du travail, sont exclus du champ d'application de la garantie.

En cas de guerre, de catastrophe naturelle, d'épidémie, les garanties prévues n'auront effet que dans le cadre des conditions déterminées par la législation en vigueur.

ARTICLE 17 : Garanties prévoyance en inclusion.

Chaque garantie donne lieu à une allocation obsèques, couverte par la Mutuelle Générale de Prévoyance dont le siège social est sis 39 rue du Jourdil à CRAN-GEVRIER (74 960), immatriculée à l'INSEE sous le numéro 337 682 660.

De même, chaque garantie intègre une couverture tout accident donnant lieu au versement forfaitaire d'une indemnisation d'hospitalisation en cas d'accident, également couverte par la Mutuelle Générale de Prévoyance.

Les conditions d'octroi desdites garanties figurent au règlement mutualiste de la Mutuelle générale de prévoyance et en annexe 2 du présent règlement en fonction de chaque garantie principale.

ARTICLE 18 : Informatique et libertés.

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant peut demander communication ou rectification de toute information le concernant lui et ses ayants droits sur les fichiers de la Mutuelle.

ARTICLE 19 : Autorité de contrôle.

Les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'A.C.P.R. (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

ARTICLE 20 : Réclamations et médiation

Article 20.1 Réclamations.

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Générale d'Avignon

Service réclamation
375, rue Pierre Seghers
Immeuble « le Polaris »
CAP SUD
84000 AVIGNON

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 2 semaines, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande avec, le cas échéant une demande de pièces complémentaires. En ce cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 semaines suivant réception des pièces complémentaires.

Article 20.2 Médiation

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle Générale d'Avignon

Monsieur le médiateur
375, rue Pierre Seghers
Immeuble « le Polaris »
CAP SUD
84000 AVIGNON

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige. Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de deux semaines suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

PARTIE II

Règlement des contrats soumis aux dispositions du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents

CONTRATS LABELLISES

Pour les dispositions d'ordre général ou de fonctionnement applicables aux contrats labellisés ne figurant pas sous le présent titre, il convient de se référer aux dispositions précédentes, applicables par défaut.

Article 1er. Objet

Le contrat labellisé est un contrat à adhésion individuelle facultative. Il a fait l'objet d'une labellisation pour une période de trois ans renouvelable par l'un des prestataires habilités par l'ACP et figure sur la liste publiée par le Ministre chargé des collectivités territoriales, liste sur laquelle sont indiqués le nom de la mutuelle, la dénomination du contrat, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a délivré le label.

Toute modification du contrat intervenant au cours de cette période est transmise au prestataire habilité qui vérifie que les conditions de délivrance du label sont toujours satisfaites. Si elles ne le sont plus, le prestataire retire le label.

Le contrat a pour objet d'accorder aux agents définis à l'article 2 une prestation complémentaire aux régimes de base qui leur sont applicables, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés et dans le respect du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Article 2. Personnel garanti et ayants droits

Sont concernés :

- les agents titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (y compris le Centre national de la fonction publique territoriale), actifs et retraités.
- leurs ayants droit :
 - le conjoint,
 - le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil, ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) au sens de l'article 515-3 du code civil,
 - Union libre
 - les enfants à charge répondant à la définition suivante :
 - ↳ les enfants de moins de 18 ans à charge de l'adhérent ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité Sociale et, par extension :
 - ↳ les enfants de moins de 26 ans, scolarisés ou étudiants.

Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée, pour les plus de 18 ans, un certificat de scolarité ou un justificatif de leur appartenance à un régime de sécurité sociale des étudiants.

↳ les enfants de moins de 26 ans, en contrat d'apprentissage ou en contrat d'alternance dont la rémunération est inférieure à 55% du SMIC.

Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée une copie du contrat.

↳ les enfants de moins de 20 ans en recherche d'un emploi.

Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée une attestation de Pôle Emploi.

Article 3. Conditions d'adhésion

- Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion.
- Aucun questionnaire médical n'est demandé à l'adhésion.
- Lorsqu'un agent, actif ou retraité, âgé de plus de 30 ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence sans l'avoir souscrite l'année précédente, il fournit à la mutuelle le justificatif d'adhésion ou le certificat de non majoration fourni par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.
Si l'entrée dans la fonction publique est postérieure au 8 Novembre 2011, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.
- Faute de pouvoir produire ces documents, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre le 8 novembre 2011 et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.
- Dans le cadre de campagnes promotionnelles, des réductions de cotisation peuvent être pratiquées pour un montant ou un pourcentage, ainsi que pour une période clairement définis et annoncés.

Article 4. Prise d'effet des garanties

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires est effective le premier jour suivant la réception de son dossier complet établi par la mutuelle – cotisation comprise – jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est prolongée par décision tacite, l'échéance de toute adhésion, régime ou option étant le 31 décembre.

Sur demande expresse de l'adhérent, l'adhésion peut commencer en début de mois, avec date d'effet au jour de souscription de l'adhésion (la cotisation doit couvrir le mois complet).

Article 5. Montant ou taux de cotisations

La cotisation est définie par tranches d'âge et en fonction de la situation familiale. L'âge est obtenu par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

Les montants des cotisations et les tranches d'âges, les déterminants pour les garanties LILAS, CIEL, MARINE, EMERAUDE, RUBIS et IRIS sont précisés en annexe 1.

La cotisation du membre participant ou de ses ayants droit peut évoluer selon ces tranches d'âges ou selon la composition familiale.

Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi de l'adhérent ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction du sexe de l'adhérent.

Le calcul des cotisations respecte la solidarité intergénérationnelle :

Le rapport entre la cotisation ou la prime hors participation due par l'assuré âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par l'adhérent âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable compte non tenu d'éventuelles pénalisations prévues à l'article 6 du présent règlement.

Le nombre d'enfants soumis à cotisation est de 2.

La Mutuelle Générale d'Avignon est une mutuelle à cotisations variables. Si la cotisation est insuffisante pour assurer l'équilibre des opérations, le Conseil d'Administration peut décider de procéder à un rappel de cotisations au titre de l'exercice considéré. L'adhérent ne peut en aucun cas être tenu au-delà d'un maximum égal à une fois et demie le montant de la cotisation annuelle normale.

Le barème des cotisations figure en annexe 1.

Article 6. Majoration de cotisation

La cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction à la date du 8 novembre 2011 (date de publication du décret), lorsque l'adhésion intervient plus de deux ans après cette date.

Ce coefficient tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation.

Ainsi, pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de trente ans, depuis la date la plus récente entre le 8 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par la mutuelle une majoration fixée par l'arrêté, égale à 2 % par année en l'état actuel de sa rédaction.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction le 8 novembre 2011 et retraités, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis par le dernier organisme auprès duquel l'agent avait souscrit une garantie de référence.

L'agent ou le retraité qui, ayant résilié sa garantie de référence pour une autre garantie de référence de la mutuelle, devra transmettre à celle-ci le justificatif d'adhésion indiquant un coefficient de majoration ou une attestation de non-majoration. La mutuelle lui appliquera le coefficient de majoration figurant sur le justificatif.

Article 7. Conditions et modalités de modification des cotisations

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, ou des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires. En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Le barème des cotisations peut être modifié sur décision de l'assemblée générale ou du Conseil d'Administration suivant délégation consentie dans les conditions de l'Art. L114-11 du Code de la Mutualité.

Même en cas d'augmentation substantielle du barème des cotisations, la solidarité intergénérationnelle visée à l'article 28 1° du décret susvisé continuera à être appliquée.

Article 8. Modalités de paiement des cotisations

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle établie par année civile. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance. Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

Article 9. Ouverture des droits

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée, selon la procédure détaillée à l'article 12 du présent règlement mutualiste.

Article 10. Suspension et remise en vigueur des garanties

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle sous préavis de 30 jours, en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé à l'étranger
- détention à caractère pénal

Pour bénéficier de cette suspension, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

Article 11. Démission

La démission est donnée par écrit, par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard deux mois avant la date de l'échéance annuelle, soit au 31 décembre de l'année.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants : changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, couverture Maladie Universelle Complémentaire, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties (membre participant ou mutuelle) lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation, à l'exception des résiliations pour CMU-C pour lesquelles la résiliation prendra effet à la date figurant sur l'attestation CMU-C. La mutuelle doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation

Article 12. Radiation

Sont radiés, les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles ce présent règlement subordonne l'admission.

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

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

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend ses effets, dès paiement à la mutuelle de la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, des fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, des frais de poursuites et de recouvrement. Les soins relatifs à la période qui a été suspendue seront alors couverts par la mutuelle.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures, pour les membres participants qui prouvent que les circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement ou la régularisation de leurs cotisations.

Article 13. Conséquence de la cessation des garanties

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies. Toutes prestations qui auraient été servies pour des soins postérieurs à la date de cessation des garanties, y compris dans le cadre du tiers payant, devront être restituées par l'adhérent à la mutuelle.

La carte d'adhérent reste la propriété de la mutuelle, qui en demandera la restitution en cas de résiliation du contrat.

Lorsqu'un adhérent souhaite résilier sa garantie de référence, la mutuelle lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation.

Lorsque l'adhérent ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, la mutuelle lui adresse une attestation de non-majoration.

Article 14. Prestations

Les garanties LILAS, CIEL, MARINE, EMERAUDE, RUBIS et IRIS sont présentées en annexe n°2 du règlement mutualiste

Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents en activité.

Celles-ci sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

Lorsque l'adhérent reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de "médecin traitant", ou sans passer par son "médecin traitant" et à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que l'adhérent ne respecte pas le "Parcours de soins coordonnés".

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement.

Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle. Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations, pour les patients qui consultent certains médecins spécialistes sans prescription préalable de leur médecin traitant, et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, demeurent à la charge de l'assuré dans les conditions définies par décret.

Prestations de prévention

Dans le cadre du contrat responsable, la mutuelle prend en charge le ticket modérateur des actes suivants ou forfait lorsqu'il n'y a pas de remboursement Régime Obligatoire :

- Vaccin anti-grippe
- Densitométrie osseuse
- Aide au sevrage tabagique
- Amniocentèse

En fonction de la garantie souscrite, la liste des prestations de prévention est susceptible de varier dans le respect des dispositions légales et applicables à la garantie..

Prise en charge des dépassements d'honoraires

Dans le cadre des "contrats responsables", et en vertu du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, les dépassements d'honoraires devront à minima respecter un plafond de 100% de la base de remboursement pour les médecins et prestataires non signataires du contrat d'accès aux soins (CAS), et dans le même temps, devront être inférieur d'au moins 20% aux plafonds de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins et prestataires signataires d'un CAS.

Le détail de ces remboursements figure pour chaque garantie dans le tableau des prestations par garantie figurant en annexe 2.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application

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

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

Article 15. Tiers-payant

La carte remise à chaque adhérent permet le tiers payant avec certaines professions de santé.

Cette carte n'est utilisable et n'ouvre droit au tiers payant que si l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations.

Article 16. Modification des prestations par la mutuelle

Les prestations sont définies pour une période minimale d'un an.

Toute modification substantielle intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

Article 17. Effets du retrait ou du non renouvellement du label

En cas de retrait ou non renouvellement du label, la mutuelle doit en informer les adhérents dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision, en leur précisant les majorations de cotisation qui peuvent en résulter pour eux. Ces majorations prennent effet pour les adhérents, à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation.

De plus, lorsqu'elle reçoit directement la participation de la collectivité territoriale, la mutuelle doit également informer la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non renouvellement.

Article 18. Changement de garantie demandé par le membre participant

Tout changement de garantie :

- ne peut intervenir qu'au 1^{er} janvier
- implique que l'adhérent bénéficie des dispositions de sa garantie antérieure jusqu'à la date d'effet de la nouvelle garantie,
- Est formalisé par un document-type établi par la mutuelle et soumis à signature de l'adhérent.

Article 19. Paiement des prestations

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations conformément à l'article 12 du présent règlement.

Les prestations garanties par la mutuelle sont versées par virement bancaire aux adhérents sur le compte qu'ils auront communiqué, ou aux professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

Le remboursement des prestations s'effectue, soit :

Automatiquement, après récupération par la mutuelle de l'information électronique auprès de l'organisme gestionnaire du régime obligatoire dans le cadre de la procédure Noémie II,

Sur présentation du décompte des prestations en nature établi par ce même organisme lorsqu'il n'y a pas de convention Noémie II,

Sur présentation de toute autre pièce justificative (facture, note d'honoraire...) pour les actes non remboursés par le régime obligatoire ou sur demande précise de la mutuelle.

Seuls les documents originaux sont acceptés et ils ne pourront être restitués.

La mutuelle s'autorise à réclamer auprès des professionnels de santé ou du membre participant toute somme indûment versée dans le cadre du paiement de prestations.

Article 20. Délai pour la prise d'effet du droit aux prestations

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Article 21. Etendue territoriale des prestations

Les prestations réglées concernent les soins délivrés sur le territoire national.

Tout soin à l'étranger devra obligatoirement être pris en charge par l'organisme de sécurité sociale obligatoire français pour donner lieu à remboursement par la mutuelle.

Le remboursement de la mutuelle s'effectuera en complément du tarif de convention français recalculé par l'organisme obligatoire.

Article 22. Obligation d'information à la charge des membres participants

Tout changement de situation, de statut, de coordonnées postales ou bancaires devra faire l'objet d'une information à la mutuelle de la part de l'adhérent.

Article 23. Principe indemnitaire et subrogation

Les opérations relatives au remboursement de frais de soins ayant un caractère indemnitaire, l'indemnité due par la mutuelle, compte tenu de celles déjà perçues, ne peut excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant au moment des soins.

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant, ou à ses ayants droit, 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, jusqu'à 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 décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 24. Prescription

Conformément à l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est interrompue par une des causes d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 25. Loi applicable

Conformément à l'article L 225-2 du code de la mutualité, la loi applicable est la loi française et les tribunaux compétents les tribunaux français, selon les règles de compétence matérielle et territoriale prévues par le droit français.

