



STATUTS

Relevant du livre II
SIREN 776 950 677

MUTAMI



70 Boulevard Matabiau BP 7051 31069 TOULOUSE CEDEX 7

Tél 05 62 73 33 40 fax 05 61 63 03 77

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er}

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1er. Dénomination siège

Une mutuelle appelée **Mutami** est établie au 70, BOULEVARD MATABIAU à TOULOUSE (HAUTE GARONNE).

Elle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, elle est régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions de son livre II.

Elle adhère à la Fédération des Mutuelles de France, à la Fédération Nationale de la Mutualité Française et aux structures qui les composent.

Elle adhère à l'Union Mutualiste de Groupe dénommée « Solimut Mutuelles de France » définie par les articles L 111-4-2 du Code de la Mutualité.

Les conditions de cette affiliation sont définies dans les statuts de l'Union et dans la convention d'affiliation mentionnée aux articles L 111-4-2 et R 115-6 du Code de la Mutualité.

Elle est immatriculée sous le SIREN n° 776 950 677.

Le siège de la Mutuelle peut être transféré en tout autre lieu du territoire national sur décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale.

Article 2. Objet

La Mutuelle a pour objet :

- De mener une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide,
- De réaliser les opérations d'assurances suivantes :
 - Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie
 - branches 1 et 2 ; (sous branches b) prestations indemnitaires
 - Se substituer à leurs demandes à d'autres mutuelles conformément à l'article L.211-5 du Code de la Mutualité,
 - Réassurer, à la demande de mutuelles ou d'unions, les engagements qu'elles ont contractés auprès de leurs membres,
 - De présenter des garanties dont le risque est porté par un autre assureur.
- De conclure les conventions nécessaires pour l'accès des membres participants auprès d'organismes proposant des prestations de Services de Soins et d'Accompagnement Mutualiste (SSAM), de prévoyance, de retraites complémentaires, d'IARD (Incendies, Accidents et Risques Divers), de réalisations sociales, culturelles, de vacances, de formations,
- De conclure des conventions de gestions auprès d'autres mutuelles ou unions,
- De participer à la protection sociale complémentaire instaurée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Pour concourir à la réalisation de son objet la Mutuelle peut avoir recours à des intermédiaires.

Elle peut adhérer à une union de groupe mutualiste ou à une union mutualiste de groupe.

A cet effet, la Mutuelle reconnaît à l'Union des capacités d'intervention, de contrôle et de sanction, prévues dans les statuts de l'Union et dans la convention d'affiliation.

Article 3. Règlement intérieur

Un règlement intérieur établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents s'engagent à le respecter ainsi que les statuts et les règlements mutualistes.

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

Les modalités de transmission de ce règlement au membre participant, ou au futur membre participant, est précisé à l'article 22 du règlement intérieur.

Article 4 Règlement mutualiste

En application de l'article L114-1 du Code de la Mutualité, des règlements approuvés par le Conseil d'Administration définissent le contenu et la durée des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les garanties mises en œuvre par la Mutuelle sont définies :

- . a) Pour les opérations individuelles, dans le règlement mutualiste qui détermine les droits et obligations de la Mutuelle et de chaque membre participant et honoraire,
- . b) Pour les opérations collectives, dans des contrats écrits conclus entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle, au profit, selon les cas, des salariés de l'entreprise ou des membres de la personne morale.

La signature du bulletin d'adhésion ou la conclusion du contrat emportent acceptation des dispositions des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle ainsi que du règlement mutualiste ou du contrat.

Le Conseil d'Administration peut statuer sur des modifications du règlement mutualiste qui s'appliqueront dès notification aux membres participants et honoraires.

Les modalités de transmission de ce règlement au membre participant, ou au futur membre participant, est précisé à l'article 22 du règlement intérieur.

CHAPITRE 2

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

Article 5 Membres et ayants droit

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

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit, (conjoints, concubins, pacsés, enfants, ascendants à charge), des prestations de la Mutuelle.

Les membres honoraires peuvent être des personnes physiques, qui versent des cotisations, des contributions, qui font des dons ou qui ont rendu des services équivalents, sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle.

Les membres honoraires peuvent être également des personnes morales qui souscrivent à des contrats collectifs au sens des dispositions de l'article L221-2 du Code de la Mutualité, et les représentants des salariés de ces personnes morales.

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

Article 6 Adhésion

Acquièrent la qualité d'adhérent à la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 5 et qui font acte d'adhésion par la signature d'un bulletin d'adhésion, ou par la souscription d'un contrat collectif stipulant un accord particulier signé des parties (un employeur, une personne morale ou un organisme mutualiste).

La signature du bulletin d'adhésion ou d'un contrat collectif emporte acceptation des dispositions des statuts et règlements.

Les conditions d'adhésion à distance sont régies par l'article L.221-18 du Code de la Mutualité.

Article 7 réservé

Article 8 Démission

Sous réserve des modes de résiliation prévus par un contrat collectif et des dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, la démission est donnée par écrit dans les conditions fixées au règlement mutualiste (article 14).

Article 9 Radiation

Les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission dans les conditions fixées à l'article 15 du règlement mutualiste sont radiés.

En cas de non-paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la Mutuelle peut en application des dispositions des articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-13 et L. 221-14 du Code de la Mutualité, résilier les garanties contenues dans un règlement ou un contrat collectif dans les conditions, formes et délais fixés par ce règlement ou ce contrat.

La résiliation entraîne la perte de la qualité de membre participant sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre.

Sont également radiés, dans les conditions fixées au règlement mutualiste, les membres qui n'ont pas payé leur cotisation.

Article 10 Exclusion

Sous réserve des dispositions propres aux Mutuelles du livre II du Code de la Mutualité, peuvent être exclus les membres participants et honoraires qui auraient causé aux intérêts de la Mutuelle ou du groupe auquel appartient la Mutuelle, un préjudice volontaire dûment constaté.

Article 11 Effets de la démission, de la radiation et de l'exclusion

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

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Article 12 (réservé)

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er}

ASSEMBLEE GENERALE

Article 13 Composition de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale est composée de deux collèges.

Le **collège 1** regroupe les délégués représentant les membres participants.

Le **collège 2** regroupe les délégués représentant les membres honoraires.

Article 14 Composition des collèges

Le **collège 1** regroupe les membres participants de la Mutuelle et sont répartis en sections géographiques dites « sections locales de vote ».

L'étendue et la composition des sections sont définies par le Conseil d'Administration selon les dispositions fixées au règlement intérieur (article 2).

Le **collège 2** regroupe les membres honoraires. Le nombre de délégués est fixé par le Conseil d'Administration selon les dispositions fixées au règlement intérieur (article 2)

Article 15 Election des délégués

Les délégués titulaires du collège 1 sont élus lors des Assemblées des sections Locales de vote, regroupant les membres participants, par vote à main levée, à la majorité simple. Les délégués sont élus pour une durée de 2 ans.

La perte de qualité de membre participant entraîne celle de délégué.

Les délégués titulaires du collège 2 sont élus lors d'un vote pouvant être organisé par correspondance. Ils sont élus pour une durée de 2 ans

Les candidats non élus dans la section constituent les délégués suppléants. L'ordre de suppléance est fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

Article 16 Nombre de délégués

Dans le **collège 1**, le nombre de délégués est fixé à 1 délégué par tranche de 500 membres participants avec un minimum de 2 délégués par section locale de vote. Toutefois le nombre de délégués ne peut excéder 15 délégués par section locale de vote.

Dans le **collège 2**, le nombre de délégués est fixé à 5 délégués maximum.

Toutes les sections de vote appliquent les mêmes règles de détermination du nombre de délégués.

L'organisation des sections de vote ne peut conduire à ce qu'un membre participant ou honoraire relève de plusieurs sections de vote.

Article 17 Empêchement ou vacance en cours de mandat

Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale est remplacé dans ses fonctions par un délégué suppléant de sa section.

Le délégué peut être porteur de **3** pouvoirs au maximum (article 14 du règlement intérieur).

Article 18 (réservé)

Article 19 Dispositions propres aux mineurs

Les mineurs de plus de seize ans qui, à leur demande, sont membres participants, exercent leur droit de vote à l'Assemblée Générale.

Article 20 Convocation

Le Président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale.

Il la réunit au moins une fois par an.

A défaut, le Président du Tribunal de Grande Instance du siège social de la Mutuelle, 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 être également convoquée à la demande du Conseil d'Administration de

l'UMG Solimut

L'Assemblée Générale peut également être convoquée selon les modalités prévues à l'article L.114-8 du Code de la Mutualité.

L'Assemblée Générale peut être réunie hors du siège social de la Mutuelle sur décision du Conseil d'Administration.

Article 21 Modalités de convocation

Les délégués à l'Assemblée Générale doivent être convoqués individuellement au moins quinze jours avant la date de la réunion par lettre ordinaire adressée à chaque délégué (Article D.114.4).

La Mutuelle adresse aux délégués les documents prévus par le Code de la Mutualité.

Lorsque l'Assemblée n'a pu délibérer faute de réunir le quorum requis, une deuxième Assemblée est convoquée six jours au moins avant la date de sa réunion dans les mêmes formes que la première.

Le Commissaire aux Comptes titulaire est convoqué à chaque Assemblée Générale.

Article 22 Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par le Président du Conseil d'Administration. Il doit être joint aux convocations.

Toutefois, le quart des délégués au moins peut requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolutions, adressés par lettre recommandée avec avis de réception au Président de la Mutuelle, cinq jours au moins avant l'Assemblée Générale (Article D.114.6).

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

Néanmoins, elle peut 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.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Il est établi une feuille de présence et un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

Article 23 (réservé)

Article 24 Compétence de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation. L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- Les modifications des statuts et du Règlement Intérieur,
- Le rapport moral du Conseil d'Administration sur les activités exercées,
- L'existence et le montant des droits d'adhésion. En cas d'existence, il est fixé une fois par an et est le même pour toutes les adhésions de l'exercice,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité,
- Le montant du fonds d'établissement,
- Les éventuelles délégations de pouvoir au Conseil d'Administration,
- L'adhésion à une Union ou à une Fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une Union ou d'une Fédération, la résiliation d'une convention de substitution, la fusion avec une autre Mutuelle ou une Union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une Union,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance. En l'espèce,

il est précisé qu'il peut être fait appel à des réassureurs non mutualistes, les traités créés étant des traités de réassurance en quote-part ainsi qu'en excédent de sinistres par tête, par événement et par catastrophe.

- L'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,
- La souscription d'emprunts destinés à la constitution et à l'alimentation du fonds de développement.
- Le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats ou d'adhésions, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent, s'il y a lieu, les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe auquel appartient la Mutuelle,
- Le rapport spécial du commissaire aux comptes mentionné à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité sur les conventions soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration,
- Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou Unions régies par les livres II et III du Code de la Mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même Code,
- Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- La nomination du ou des commissaires aux comptes,
- La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle et dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité,
- La création, l'adhésion ou le retrait d'une Union de Groupe Mutualiste, d'une Union Mutualiste de Groupe ou d'un Groupe au sens de l'article L211-10 du Code de la Mutualité (L356-1 du Code des Assurances),
- L'allocation d'indemnités au Président et aux autres membres du Conseil d'Administration auxquels des attributions permanentes ont été confiées, dans les conditions fixées par le Code de la Mutualité,
- 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,
- La fixation des principes que doivent respecter les délégations de gestion de contrat collectif en vertu de l'article L.116-3 du Code de la Mutualité,
- Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à 116-3 du Code de la Mutualité.

Article 25 (réservé)

Article 26 (réservé)

Article 27 Modalités de vote

Les votes ont lieu à main levée sauf autre disposition contraire ou demande exprimée par un tiers au moins des délégués présents.

Chaque délégué élu dispose d'une voix à l'Assemblée Générale.

27-1 – Délibérations nécessitant un quorum et une majorité renforcée :

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, **du règlement mutualiste**, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation prévue à l'article 26, les prestations offertes, 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, 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 délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle délibèrera valablement si le nombre de délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

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

27-2- Délibérations nécessitant un quorum et une majorité simple :

Lorsqu'elle se prononce sur des attributions autres que celles visées au 27-1 ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total de ses délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle délibèrera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents.

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

Article 28 Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la mutuelle ainsi qu'à ses adhérents, sous réserve de leur conformité aux dispositions du 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 intérieur (article 21 et 22).

Article 29 Recours à un intermédiaire ou gestion déléguée d'un contrat collectif

Lorsque la Mutuelle recourt à un intermédiaire désigné par le souscripteur d'un contrat collectif, elle informe le souscripteur du montant et du destinataire de la rémunération versée (article L.116-3 du Code de la Mutualité).

La Mutuelle est autorisée à déléguer la gestion d'un contrat collectif.

CHAPITRE II

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 30 Composition

Le nombre d'administrateurs est fixé chaque année par l'Assemblée Générale. Il est composé au maximum de vingt-cinq administrateurs.

Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'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.211-10 du Code de la Mutualité.

Article 31 Conditions de capacité

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

- être âgés de dix-huit ans révolus,
- Etre à jour de leurs cotisations,
- Ne pas avoir été salariés de la Mutuelle ou de personnes morales avec lesquelles elle constitue un groupe au sens de l'article L211-10 du Code de la Mutualité, 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, ceci étant justifié par la présentation d'un extrait de casier judiciaire de moins de trois mois au jour de l'élection.
- Avoir fourni une fiche de renseignements telle que définie par le Conseil d'Administration

Article 32 Limite d'âge

Le nombre d'administrateurs ayant dépassé la limite d'âge fixée à soixante-dix ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration.

Le dépassement de la part maximale représentée par 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 33 Modalités de l'élection

Les déclarations de candidature aux fonctions d'administrateurs doivent être adressées directement par les candidats au siège de la Mutuelle.

Lors de chaque renouvellement du Conseil d'Administration, le Bureau fixe le délai limite de réception des candidatures.

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale, scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a pas réuni la majorité absolue des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative ; dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune d'entre eux.

Article 34 Durée du mandat

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de quatre ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- En cas de démission,
- Lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- Lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 32, - Lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions du I et du III de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité relatives au cumul, ils présentent dans les trois mois de leur nomination leur démission ou, à l'expiration de ce délai, sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues au IV de cet article,
- Trois mois après qu'ils aient fait l'objet, par une décision de justice définitive, d'une condamnation entraînant l'interdiction d'exercer la fonction d'administrateur conformément à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.
- A la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (article L.612-23-1 du Code Monétaire et Financier).

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

Article 34bis Formation des administrateurs

La Mutuelle propose à ses administrateurs, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Durant l'exercice de leur mandat, les administrateurs de la Mutuelle bénéficient, à des fins de maintien, de renforcement ou d'acquisition de compétences, d'une formation leur permettant notamment de demander la validation des acquis de leur expérience conformément aux dispositions du livre IV de la sixième partie du Code du Travail.

Article 35 Renouvellement

Le renouvellement du conseil a lieu par moitié tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

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

Article 36 Vacance

En cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation d'un mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (article L.612-23-1 du Code Monétaire et Financier), il peut être procédé à la cooptation, par le Conseil d'Administration, d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par la plus proche Assemblée Générale.

Si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, elle entraînerait la cessation du mandat de l'administrateur nommé, mais les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur, dont la cooptation a été ratifiée par l'Assemblée Générale, achève le mandat de son prédécesseur

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à dix une Assemblée Générale est convoquée par le Président afin d'élire de nouveaux administrateurs.

Article 37 Réunion

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président chaque fois que la situation l'exige, et au moins quatre fois par an.

Le Conseil d'Administration peut être également convoqué à la demande du Conseil d'Administration de l'UMG Solimut.

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

Conformément à l'article L.114-17 alinéa 2 du Code de la Mutualité, chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

Le commissaire aux comptes est convoqué obligatoirement à la réunion du Conseil d'Administration statuant sur les comptes annuels.

Le Dirigeant Opérationnel assiste de droit aux réunions du Conseil d'Administration. Le Conseil d'Administration peut s'adjoindre, à titre consultatif, des conseillers techniques.

Les administrateurs peuvent, par décision du Conseil d'Administration, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances consécutives.

Article 38 Représentant(s) des salariés

En application du Code de la Mutualité et de la Convention collective mutualité, un ou deux (selon l'effectif salarié) représentants élus du personnel de la Mutuelle, assiste avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration. Ils sont élus pour une durée de 2 ans. Sont électeurs tous les salariés travaillant dans la Mutuelle depuis 6 mois au moins et n'ayant encouru aucune des condamnations prévues au code électoral.

Sont éligibles les salariés travaillant dans la Mutuelle depuis 2 années au moins au jour du scrutin et n'ayant encouru aucune des condamnations prévues au code électoral.

Les candidatures doivent être présentées à la Mutuelle 8 jours ouvrables au moins avant la date de l'élection.

Le vote, organisé par la Mutuelle, a lieu à bulletins secrets à la majorité relative à un tour et sans exigence d'un quorum particulier.

En cas d'égalité, le poste est attribué au candidat ayant l'ancienneté la plus importante dans la Mutuelle et à égalité d'ancienneté au plus jeune des candidats.

Les salariés ainsi élus perdent le droit d'assister aux réunions du Conseil dès qu'ils cessent d'appartenir au personnel salarié de la Mutuelle.

Article 39 Délibérations

Conformément à l'article L.114-20 du Code de la Mutualité, 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 égal des voix, la voix du Président est prépondérante.

Le Conseil d'Administration vote également à bulletins secrets pour l'élection des membres du bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

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

Article 40 Sanction

Les membres du Conseil d'Administration peuvent être révoqués par l'Assemblée Générale en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Article 41 Attributions

Conformément à l'article L114-17 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

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

Il est compétent pour fixer les principes directeurs en matière de réassurance dans le cadre des règles générales définies par l'Assemblée Générale.

Il approuve le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) et établit un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes telles que visées à l'article L212.6 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration approuve également les rapports suivants :

- Le rapport régulier au contrôleur (RSR) ;
- Le rapport sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA).

Il vote les politiques écrites.

En application de l'article L114-1 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration est amené à se prononcer sur le contenu du règlement mutualiste défini à l'article L114-1-II du même code. Le Conseil d'Administration fixe également les montants ou taux de cotisation, et les prestations offertes, conformément à l'article L114-1 du Code de la Mutualité.

Ces modifications sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants ou honoraires.

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 et dans lequel il rend compte :

- Des prises de participations dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de Commerce,
- De la liste des organismes avec lesquels la Mutuelle établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L.212-7 du Code de la Mutualité,
- De l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114.26 du Code de la Mutualité : un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'Assemblée Générale, détaille les sommes et avantages de toute nature, versés à chaque administrateur,

- De l'ensemble des rémunérations versées, le cas échéant, au Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L.211-14 du Code de la Mutualité,
- De la liste des mandats et fonctions exercées par chacun des administrateurs de la Mutuelle,
- Des transferts financiers entre la Mutuelle et d'autres Mutuelles et Unions,
- Des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion de contrat collectif qu'il présente à l'Assemblée Générale conformément à l'article L.116-4 du Code de la Mutualité.

Il établit un rapport moral annuel qu'il soumet à l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration établit, le cas échéant, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, du groupe au sens de l'article L.212.7 du Code de la Mutualité, auquel appartient la Mutuelle ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée Générale.

Conformément à l'article L.211-14 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration nomme, sur proposition de son Président, le Dirigeant Opérationnel, qui ne peut pas être un administrateur.

Le Conseil d'Administration approuve les éléments de son contrat de travail et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Il est mis fin à ses fonctions selon la même procédure. Le Dirigeant Opérationnel assiste de droit à toutes les réunions du Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration définit les cas dans lesquels, les Dirigeants Effectifs sont absents ou empêchés, de manière à garantir la continuité de la direction effective de la Mutuelle. Ces modalités sont définies par le Règlement Intérieur.

Dans le cadre d'une convention de substitution, le Conseil d'Administration valide l'autorisation préalable afin que la Mutuelle exerce son pouvoir de contrôle sur la mutuelle substituée, conformément à l'article L.221-5 du Code de la Mutualité.

Article 41bis Direction effective de la Mutuelle

La Direction Effective de la Mutuelle est assurée par au moins deux personnes qui doivent satisfaire aux conditions prévues à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité. Conformément à l'article R.211-15 du Code de la Mutualité, ces deux personnes sont le Président du Conseil d'Administration et le Dirigeant Opérationnel.

Les Dirigeants Effectifs doivent assurer de manière permanente la continuité et la régularité des activités de la Mutuelle, dans les conditions définies par le Conseil d'Administration.

Article 42 Délégations

Le Conseil d'Administration peut déléguer et confier des attributions, sous sa responsabilité et son contrôle, une partie de ses pouvoirs :

- Au Bureau,
- Au Président du Conseil d'Administration,
- A un ou plusieurs administrateurs,
- A une ou plusieurs commissions dont les membres sont choisis parmi les administrateurs,
- Au Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L.211-14 du Code de la Mutualité, pour une durée maximale d'un an.

Les délégations données par le Conseil d'Administration font l'objet d'une décision lors de chaque renouvellement des membres. Elles sont annexées au procès-verbal de la réunion. Par ailleurs, le Conseil d'Administration peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions ou délégations.

Article 43 Indemnisation

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à des administrateurs dans les conditions prévues aux articles L.114-26 et L.114-27 et L.114-28 du Code de la Mutualité.

Article 44 Remboursement de frais

La Mutuelle rembourse aux administrateurs, sur justificatif, les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour liés à l'exercice de leurs fonctions selon les dispositions de l'article L.114-26 alinéa 6 du Code de la Mutualité.

Article 45 Obligations et interdictions des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Tout administrateur ou toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration est tenu à la discrétion à l'égard des faits ou des renseignements dont il prend connaissance dans le cadre de ses fonctions et qui revêtent un caractère confidentiel. Il ne doit pas divulguer à l'extérieur de la Mutuelle des faits, informations ou problèmes spécifiques que la Mutuelle peut rencontrer.

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.

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 L.114-26 du Code de la Mutualité.

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

Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat. Il y a incompatibilité et exception d'être administrateur lorsqu'un membre de la famille occupe un emploi rémunéré à la Mutuelle (y compris le ou la concubin (e)).

Article 46 Conventions réglementées soumises à autorisation

Sous réserve des dispositions applicables aux conventions portant sur des opérations courantes conclues à des conditions normales, 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 est de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée, ainsi que des 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.

La décision du Conseil d'Administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'Administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

Article 47 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 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 l'administrateur peut en bénéficier aux mêmes conditions que celles 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.

Article 48 Obligations de l'administrateur

L'administrateur intéressé est tenu d'informer le Conseil d'Administration de la Mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention à laquelle l'article 46 est applicable.

Il ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

L'administrateur informe la Mutuelle de toute modification intervenant dans les mandats qu'il exerce au sein d'organismes mutualistes et ayant fait l'objet d'une déclaration lors de sa candidature.

Article 49 (réservé)

CHAPITRE III

PRESIDENT ET BUREAU

Article 50 Composition

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un bureau composé de :

- un président,
- deux vice- présidents,
- un secrétaire général, un secrétaire général adjoint,
- un trésorier, un trésorier adjoint,
- et le cas échéant, deux membres.

Le bureau est élu à bulletin secret pour 2 ans par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement.

Les candidatures sont adressées à la Mutuelle quinze jours au plus tard avant la date de l'élection.

Le Conseil d'Administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions d'un membre du bureau et procéder à son remplacement.

Le Président est élu en qualité de personne physique.

Article 51 Réunions et délibérations

Le bureau se réunit sur convocation du Président. Il 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.

Article 52 Terme du mandat de Président

En cas de décès, démission, révocation ou de perte de qualité d'adhérent du Président, le vice-Président, le plus âgé ou à défaut l'autre vice-Président, assure la suppléance et convoque dans le délai maximum de 40 jours une réunion du Conseil d'Administration afin d'élire un nouveau Président.

Article 53 Attributions du Président

Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Il convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour. Il organise et dirige ses travaux dont il rend compte à l'Assemblée Générale

Il informe le Conseil d'Administration des procédures engagées en application des articles L.510-8 et L.510-10 du Code de la Mutualité.

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

Il engage les dépenses.

Il soumet au Conseil d'Administration les conventions intervenant avec un administrateur ou le Dirigeant Opérationnel conformément à l'article L.114-32 du Code de la Mutualité. Il donne avis aux commissaires aux comptes de ces conventions.

Il communique aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes la liste et l'objet des conventions intervenant avec un administrateur ou le Dirigeant Opérationnel 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.

Le Président est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines missions qui lui incombent, et à leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 54 Attributions du vice-Président

Le vice-Président, le plus âgé ou à défaut l'autre vice-Président, seconde le Président qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 55 Attributions du Secrétaire Général

Le Secrétaire Général est responsable de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

Le Secrétaire Général adjoint seconde le Secrétaire Général qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Le Secrétaire Général est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines missions qui lui incombent et à leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 56 Attributions du Trésorier

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

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

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

Il prépare et soumet au Conseil d'Administration :

- les comptes annuels et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport relatif aux flux financiers avec d'autres organismes mutualistes,
- les éléments nécessaires au rapport de gestion,
- les éléments nécessaires aux différents rapports soumis à la réglementation Solvabilité II.

Le Trésorier adjoint seconde le Trésorier qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Le Trésorier est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines missions qui lui incombent, et à leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 57 Membres

Le cas échéant deux membres sont élus.

Des responsabilités peuvent leur être confiées comme l'animation de commission, etc.

CHAPITRE IV

ORGANISATION FINANCIERE

Article 58 Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- les droits d'adhésion
- Les cotisations des membres participants et honoraires
- Les produits résultant de l'activité de la Mutuelle
- Les dons, legs et subventions
- Plus généralement, tout autre produit non interdit par la loi.

Article 59 Charges

Les charges comprennent :

- Les diverses prestations servies aux membres participants,
- Les dotations aux provisions,
- Les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
- Les cotisations aux Unions et Fédérations,
- Les cotisations versées aux fonds de garantie institués par l'article L.431.1 du Code de la Mutualité, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par ces fonds.
- Les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévues à l'article L.111-5 du Code,
- La redevance prévue à l'article L.951-2 du Code de la sécurité sociale et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) pour l'exercice de ses missions,
- Plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités de la Mutuelle autorisées par la loi.

Article 60 Paiement des dépenses

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

Article 61 Fonds d'établissement

Le montant du fonds d'établissement s'élève à 2 000 000 €.

Article 62 Provisions

Conformément à l'art. L.212-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle garantit, par la constitution de provisions suffisantes représentée par des actifs équivalents, le règlement intégral des engagements qu'elle prend à l'égard des membres participants et de leurs ayants droit.

Les provisions techniques sont déterminées conformément à la réglementation applicable aux Mutuelles régies par le Code de la Mutualité.

Les placements en représentation de ces provisions sont effectués selon les dispositions réglementaires notamment en ce qui concerne les catégories d'actifs autorisées ainsi que les limitations par catégorie

Article 62 bis Durée de l'exercice

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et s'achève le 31 décembre de chaque année.

Article 63 Affiliation à l'Union Mutualiste de Groupe Solimut

1 – Liens forts et durables et partage de sort

La Mutuelle reconnaît les liens forts et durables qui la lient à l'UMG Solimut. A ce titre, elle s'engage à favoriser l'exercice des missions du groupe dans les conditions prévues par les statuts, le règlement intérieur, la convention d'affiliation et tout document opérationnel émis par les dirigeants effectifs, responsables de fonctions-clés et directions opérationnelles du groupe.

2 – Suivi prudentiel de l'activité

A–Fonctions-clés et directions opérationnelles

La Mutuelle identifie la responsabilité des fonctions-clés au sein de l'UMG Solimut dans les conditions définies par le Conseil d'Administration de celle-ci. Les fonctions clés désignées exercent l'ensemble de leurs prérogatives de supervision sur la Mutuelle et ont accès à son Conseil d'Administration, son Assemblée Générale et ses comités. Les directions opérationnelles désignées par le Conseil d'Administration de l'UMG bénéficient des mêmes dispositions.

b – Audits

La Mutuelle facilite l'ensemble des audits diligentés par l'UMG Solimut, et ce, qu'ils soient à titre préventif dans le cadre de la solidarité financière, qu'ils fassent partie du plan d'audit, ou qu'ils soient des audits ad-hoc prescrits par la fonction clé d'audit interne de l'UMG, d'autres fonctions clés ou réalisés à la demande de directions opérationnelles du groupe ou de son Conseil d'Administration.

c – Pouvoir de sanction

La Mutuelle reconnaît le pouvoir de sanction de l'UMG tel que défini dans ses statuts et sa convention d'affiliation. Elle s'engage à procéder à la réalisation de toute exigence qui lui incomberait à l'issue d'une sanction prononcée à son encontre par le Conseil d'Administration ou l'Assemblée Générale de l'UMG.

3 – Représentation de l'UMG aux Conseils d'Administration et aux Assemblées Générales

La Mutuelle prévoit l'invitation d'un représentant de l'UMG à ses conseils d'administrations et assemblées générales. Cette représentation est rendue obligatoire par le bénéfice d'un plan de redressement en lien avec l'application de la solidarité financière.

4 – Participation au mécanisme de solidarité

La Mutuelle s'engage à participer au mécanisme de solidarité financière de l'UMG dans les conditions définies dans ses statuts et sa convention d'affiliation.

5 – Obligations d'information, de consultation et d'autorisation préalable

La Mutuelle ne peut procéder à aucune décision d'instance ou décision opérationnelle sans avoir préalablement informé, consulté ou reçu l'autorisation préalable de l'UMG Solimut dans les conditions et objets prévus par ses statuts et sa convention d'affiliation. Toute décision prise en méconnaissance du présent article pourra être frappée de nullité à la demande du Conseil d'Administration de l'UMG.

6 – Participation au budget de l'UMG

La Mutuelle s'engage à participer au budget de l'UMG dans les conditions prévues par ses statuts et sa convention d'affiliation et à suivre les modalités de financement de celui-ci telles qu'arrêtées par le Conseil d'Administration de l'UMG.

7 – Bénéfice de la solidarité financière

La Mutuelle s'engage à mettre en œuvre l'ensemble des préconisations arrêtées par l'UMG Solimut dès lors qu'elle bénéficie de la solidarité financière et dans les conditions prévues par les articles afférents des statuts et de la convention d'affiliation de l'UMG.

Article 64 Adhésion à un groupe prudentiel

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires, en cas de participation à un groupe prudentiel, la Mutuelle lui reconnaît des capacités de contrôles et de sanctions prévues dans les Statuts et la convention d'affiliation du Groupe.

Article 65 Système fédéral de garantie

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

Article 66 (réservé)

Article 67 Commission d'action sociale

Des commissions d'action sociale sont élues tous les 2 ans par le Conseil d'Administration parmi les membres de la Mutuelle. Leurs fonctionnements sont définis dans le règlement intérieur (article 18).

Article 68 Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale nomme un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant conformément à l'article L.823-1 du Code de Commerce.

Conformément à l'article L.823-3 du Code de Commerce, les commissaires aux comptes sont nommés pour six exercices et leurs fonctions expirent après la délibération de l'Assemblée Générale statuant sur les comptes du sixième exercice.

TITRE III**DISSOLUTION ET LIQUIDATION****Article 69 Dissolution et liquidation**

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 27-1 des statuts.

Lors de la même réunion, l'Assemblée Générale désigne le ou les attributaires de l'excédent de l'actif net sur le passif. Ces attributaires sont d'autres mutuelles, unions ou fédérations, le fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité, ou le fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du même code. A défaut de dévolution, par l'Assemblée Générale ayant prononcé la dissolution, de l'excédent de l'actif net sur le passif, celui-ci est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle doit en informer immédiatement l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, et doit soumettre à cette même autorité un programme de liquidation tel que prévu à l'article L212-14 du Code de la Mutualité.

A défaut de réunion de l'Assemblée Générale durant deux années civiles consécutives, la dissolution peut être prononcée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, qui nomme un liquidateur. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

A défaut de décision de l'Assemblée Générale, dans le cas d'une liquidation judiciaire, l'excédent de l'actif net sur le passif est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

TITRE IV**ORGANISATION DES COMITES TERRITORIAUX DE LA MUTUELLE****Article 70 Création**

Le Conseil d'Administration peut créer des Comités Territoriaux dont la vocation est d'animer l'activité mutualiste sur les territoires.

Article 71 Fonctionnement

Les Conseils Territoriaux sont composés de membres désignés par le Conseil d'Administration de la Mutuelle parmi les membres de la Mutuelle.

Le règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement des Comités Territoriaux (article 19).

Les Comités sont présidés par le Président du Conseil d'Administration de la Mutuelle ou son représentant.

TITRE V

SUBSTITUTION

Article 72 Substitution

Conformément à l'article L. 211-5 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut conclure en tant que mutuelle substituante une convention de substitution avec des unions ou mutuelles substituées. Il s'agira, alors, d'opérations directes de la Mutuelle substituante.

La substitution s'étend à l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par la Mutuelle ou l'union substituée et est assurée par la Mutuelle substituante unique.

La Mutuelle substituante donne aux mutuelles ou unions substituées sa caution solidaire pour l'ensemble de leurs engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis de l'ensemble des bénéficiaires.

La Mutuelle substituante exerce donc un pouvoir de contrôle sur la mutuelle ou union substituée, y compris en ce qui concerne leur gestion avec, a minima, une autorisation préalable du Conseil d'Administration de la Mutuelle substituante pour les éléments suivants :

- la fixation des prestations et des cotisations,
- la désignation du Dirigeant Opérationnel si la mutuelle ou union substituée relève du régime dit « Solvabilité II » au sens de l'article L. 211-10 du Code de la Mutualité,
- la politique salariale et de recrutement,
- les plans de sauvegarde de l'emploi,
- la conclusion de contrats d'externalisation de prestations,
- la conclusion par la mutuelle ou union substituée d'opérations d'acquisition ou de cession d'immeubles par nature, d'acquisition ou de cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, de constitution de sûretés et d'octroi de cautions, avals ou garanties.

En cas de carence de la mutuelle ou de l'union substituée pour fixer ces paramètres, ils seront déterminés par la Mutuelle substituante.

TITRE VI

REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES

Article 73 : Règlement Général sur la Protection des Données

Dans le cadre de l'exécution des présents statuts, les données à caractère personnel des membres participants et des membres honoraires feront l'objet d'un traitement au sens du et conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par les membres participants et honoraires, de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ces derniers sont nécessaires à l'exécution des dispositions statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la Mutuelle. Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle et sans que cette liste ne soit limitative : convocations aux assemblées générales, élections lors des assemblées générale, convocation des conseils d'administration.

Les destinataires de ces données peuvent être, notamment, un sous-traitant chargé des envois des convocations. Il est précisé que le contrat liant la Mutuelle et ce prestataire comporte l'engagement du sous-traitant d'assurer la confidentialité et la sécurité des données et de les traiter conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Conformément à la réglementation, les membres participants ou honoraires disposent d'un droit d'accès, de rectification, effacement, d'opposition et de portabilité le cas échéant quant aux données les concernant en s'adressant par courrier à Monsieur Florian CAMILLERI, 146A avenue de Toulon 13010 Marseille, ou par mail à DPO.UGM@solimut.fr.

Elles sont conservées par la Mutuelle, pour une durée liée à la gestion de la vie institutionnelle.

Dans l'hypothèse où les membres participants et honoraires souhaiteraient faire valoir leur droit d'opposition et/ou les données visées seraient nécessaires à l'exécution des présents statuts, il seront informés par lettre recommandée avec accusé de réception des conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire, à savoir une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions des présents statuts.

Une réclamation peut, le cas échéant, être introduite auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).



LE REGLEMENT MUTUALISTE

Relevant du livre II
SIREN 776 950 677



70 Boulevard Matabiau BP 7051
31069 TOULOUSE CEDEX 7
Tél 05 62 73 33 40 Fax 05 61 63 03 77

Objet :

Un règlement mutualiste approuvé par le Conseil d'Administration détermine les conditions d'application des statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et qu'au règlement intérieur. Le Conseil d'Administration peut apporter au règlement des modifications qui s'appliquent immédiatement : celles-ci sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants ou honoraires.

CHAPITRE 1^{er} **OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS**

Catégorie de bénéficiaires

Article 1^{er}

La Mutuelle se compose de membres participants (assurés sociaux et ayants droit) et de membres honoraires.

CHAPITRE 2 **OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE**

Droits d'admission – Cotisations

Article 2

Réservé

Article 3

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle fractionnée mensuellement qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle, soit directement, soit par l'intermédiaire de leur employeur dans le cadre des contrats collectifs ou des contrats individuels.

Les cotisations sont fixées en fonction des options souscrites et des tranches d'âge s'y rapportant.

Ces cotisations incluent les cotisations spécifiques destinées à des organismes supérieurs (fédérations, unions) ou techniques, de services, de publications..., cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

Article 4

Les membres honoraires personnes physiques peuvent payer une cotisation dont le montant sera fixé par le Conseil d'Administration

Article 5

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

CHAPITRE 3 **CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

Article 6

Les cotisations établies par le Conseil d'Administration (article 26 des statuts) sont toujours exigibles pour l'année calendaire, aucune exonération ne pourra être demandée sauf dispositions particulières prévues au présent règlement. Les cotisations sont perçues d'avance, de la manière suivante :

- ◆ Par prélèvement
- ◆ Par chèque (postal ou bancaire)
- ◆ Exceptionnellement en espèces
- ◆ Par le service paye des entreprises

Article 7

Tout membre participant qui négligerait de signaler la situation réelle de ses enfants et pour lesquels la Mutuelle aurait, du fait de ses Statuts et Règlement Intérieur, appliqué une catégorie incompatible avec cette situation, devra s'acquitter du rappel de cotisations dont le décompte sera établi par les Services

Administratifs. Ce rappel ne pourra excéder six mois de cotisations. De même si une modification non signalée avait conduit la Mutuelle à percevoir des cotisations à tort, l'adhérent ne pourrait demander le remboursement de ces cotisations que pour un montant équivalent à six mois de cotisation maximum.

Les membres participants sont priés de vérifier chaque mois les retenues de cotisations effectuées sur leurs relevés bancaires et d'adresser leurs réclamations immédiatement aux Services Administratifs de la Mutuelle.

CHAPITRE 4

CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 8

Tout enfant, d'un membre participant, naissant, devra obligatoirement être signalé aux Services Administratifs de la Mutuelle par un bulletin de naissance dans le plus bref délai. Les droits de l'enfant seront ouverts immédiatement.

Article 9

Tout relevé de prestations payé par la Sécurité sociale est prescrit par deux ans et un trimestre à compter de l'événement qui y donne naissance (date d'émission du décompte ou de la facture). Passé ce délai, il ne sera pas remboursé par la Mutuelle.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du code civil à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice (même en référé)
- un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue 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 à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur telle que prévue par l'article 28 du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé

Article 9 bis

En cas de changement de garantie en cours d'année, les consommations des différents forfaits de la précédente garantie seront décomptées automatiquement de la nouvelle garantie et ce, jusqu'à la fin de l'année civile.

Article 10

Lorsque les demandes de remboursement n'ont pas fait l'objet de transmission par flux informatique, la Mutuelle ne procédera à leur règlement que si elles sont accompagnées :

- Des décomptes originaux du régime obligatoire d'assurance maladie et/ou de tout organisme complémentaire d'assurance maladie,
- Des factures et reçus acquittés accompagnant les pièces justificatives des sommes engagées.
- Dans le cadre de soins ou fournitures refusées par le régime de base, il convient d'ajouter également la facture originale acquittée et la copie du refus dudit régime.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge de l'Assuré. En cas de déclaration frauduleuse, la mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Les prestations pour lesquelles la Mutuelle a délivré des bons de prise en charge seront payées directement par les soins du Service Administratif aux professionnels de santé et établissements ayant signé les conventions passées avec la Mutuelle et accepté ce mode de paiement.

Article 11

La Mutuelle ne paiera les prolongations de séjour en clinique qu'après accord du Régime Obligatoire pour les assurés sociaux.

Article 12

Sauf dans les cas de tiers payant intégral permettant à la Mutuelle de s'acquitter directement de la totalité des frais engagés, pour le membre participant ou ses ayants droit et dans les limites prévues au présent règlement, la Mutuelle n'intervient qu'après la participation de la Caisse d'Assurance Sociale dont relève l'adhérent.

Les remboursements des frais de soins sont alors remboursés par la Mutuelle au vu des documents transmis par le Régime Obligatoire et/ou par le professionnel de santé dans les hypothèses de télétransmission.

A défaut de télétransmission, les remboursements sont effectués sur présentation d'un décompte du Régime Obligatoire, accompagné, selon les options et les prestations, d'une prescription médicale.

Les demandes de remboursement doivent parvenir à la Mutuelle dans le délai prévu à l'article 9. La Mutuelle décline toute responsabilité et n'effectuera aucun règlement concernant des opérations pour lesquelles une prise en charge de la Mutuelle aurait été utilisée, alors même que l'intéressé n'aurait pas d'ouverture de droits par le Régime Obligatoire.

Article 13

L'adhérent appartenant à une Caisse d'Assurance avec laquelle la Mutuelle n'aura pas signé de convention de télétransmission devra se faire rembourser par sa Caisse et présenter le décompte au Service Administratif pour paiement du ticket modérateur.

Article 14 - Démission

La démission est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception, deux mois avant l'échéance de l'année civile (31 octobre).

La démission sera considérée comme effective dès le retour de la carte mutualiste au siège de la mutuelle ou des agences.

Article 15 - Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions fixées aux Statuts, Règlement Mutualiste et Règlement Intérieur, subordonnant l'adhésion et en application des articles L .221.8 et L.221.17 du Code de la Mutualité.

Sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leur cotisation depuis trois mois. Cependant, au deuxième mois les prestations sont suspendues à titre conservatoire. La radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée dès l'expiration du délai précité ; La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours. Il peut toutefois être sursis par le Conseil 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.

Limitation d'âge :

En cas de dépassement de la limitation d'âge dans une garantie « Jeune », c'est-à-dire 29 ans ou 30 ans révolus selon la garantie, il sera proposé à l'adhérent de changer de garantie, et de basculer vers une nouvelle garantie équivalente.

De même, en cas de dépassement de la limitation d'âge d'un ayant droit « enfant », dans une garantie individuelle (27 ans révolus dans les garanties Protec'Ter, et 26 ans révolus dans les autres garanties individuelles), il sera proposé à l'ayant droit de changer de garantie, et de basculer vers une nouvelle garantie équivalente.

Pour ces deux situations, si aucune réponse n'est apportée par l'adhérent ou l'ayant droit à la Mutuelle dans un délai de trois mois, il pourra être radié.

Décès :

En cas de décès de l'adhérent principal, il sera proposé à ou aux ayants droit de devenir adhérent principal du contrat, ou de changer de garantie pour basculer vers une nouvelle garantie équivalente.

Si aucune réponse n'est apportée par le ou les ayants droits à la Mutuelle dans un délai de trois mois, ils pourront être radiés.

Article 16 - Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Président du Conseil d'Administration, ou son représentant, par lettre recommandée avec accusé de réception pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration. Le Président du Conseil d'Administration, ou son représentant, présente un rapport de situation devant le Conseil d'Administration qui peut proposer l'exclusion de ces membres.

Article 17 - Conséquence 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.

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

Article 18 – Contrats responsables

La mutuelle applique le contenu des *Contrats Responsables* tels que définis par la réglementation en vigueur (article 22 de ce règlement).

Elle s'engage à communiquer les frais de gestion et d'acquisition comme le stipule l'arrêté du 17 avril 2012. Elle satisfait ainsi les obligations fiscales et sociales.

CHAPITRE 5 OBLIGATION DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Section I Prestations accordées par la Mutuelle

Article 19

Les prestations de la mutuelle sont définies par rapport à la réglementation fixée par le régime obligatoire de Sécurité sociale. En cas de modification de la réglementation du régime obligatoire, la mutuelle peut être contrainte d'ajuster la définition des prestations et/ou des cotisations en conséquence sans que cela constitue une remise en cause du contrat.

Ces modifications sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions suivantes : par courrier, par le journal AMI MUTUALISTE ou par VIVA.

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le domaine de la maladie et de la chirurgie sont réparties en options, dont le détail est fourni en annexe.

La Mutuelle prend en charge dans toutes ces options, la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) sauf exception :

- ◆ Le forfait journalier pour maladie et chirurgie suivant les options,
- ◆ Différentes prestations, en supplément du ticket modérateur ou non prises en charges par les Régimes Obligatoires, sont attribuées sous forme de forfait ou de dépassement suivant l'option souscrite par l'adhérent.

Les prestations de la mutuelle ont un caractère indemnitaire. La mutuelle est subrogée dans les droits et actions du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit, contre les tiers responsables.

Article 20

Les membres participants, (à l'exception de ceux relevant de la CMU, qui bénéficiaient de la législation en vigueur) ont droit, en cas de maladie ou de blessure sauf lorsqu'elles relèvent de la législation sur les accidents de travail, de la route, d'activités sportives, de scolarité, et les maladies professionnelles, (dans ces conditions le membre participant s'engage à informer la mutuelle dès que les frais pour lesquels le remboursement est demandé sont liés à la responsabilité d'un tiers)

- a) Au remboursement des frais médicaux (consultations, visites ordinaires ou de spécialistes, de nuit et de dimanche, médicalement justifiées), sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant.
- b) Au remboursement des soins dentaires sur les bases ci-dessous :
100 % au maximum du ticket modérateur laissé à la charge des assurés sociaux par le Régime Obligatoire dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant, plus une somme forfaitaire en matière de prothèse, le montant en étant fixé par l'option souscrite.
- c) Pour tous les médicaments prescrits sur ordonnance par médecin, à l'exclusion des produits, appareils et accessoires non remboursés par le Régime Obligatoire, même s'ils ont été prescrits par un médecin, au remboursement sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant.
- d) La mutuelle ne prend pas en charge les médicaments dont le taux de prise en charge par le Régime Obligatoire est inférieur à 35 % **sauf pour les contrats qui le prévoient**. Pour le vaccin anti-grippe non pris en charge par la Sécurité sociale, prise en charge à 100 %, selon l'option souscrite, prise en charge de 2 prestations préventions prévues par le décret « contrat responsable ».
- e) Au versement d'une allocation égale au montant du forfait hospitalier en cas d'hospitalisation dans les établissements MCO, SSR et psychiatrique
- f) Au versement d'une allocation couvrant les frais de lit d'accompagnant pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale pour les enfants de moins de 15 ans, selon les modalités du contrat.
- g) Au remboursement des appareils orthopédiques, bandages, optique médicale, sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) laissé à la charge des assurés sociaux par le Régime Obligatoire plus un forfait optique déterminé par l'option souscrite.
- h) A un forfait, pour les lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale, déterminé par l'option souscrite.
- i) Un forfait pour l'achat de prothèse capillaire consécutif à une chimiothérapie, en fonction de l'option souscrite.
- j) A un forfait pour les prothèses mammaires dans le cas du cancer du sein, en fonction de l'option souscrite.
- k) Au remboursement des examens et traitements d'électroradiologie, sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) laissé à la charge des assurés sociaux par le Régime Obligatoire dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant.

l) Au remboursement des analyses : sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) du ticket modérateur laissé à la charge des assurés sociaux par la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant.

m) Pour les cures thermales et à un forfait (honoraires médicaux et établissement thermal) déterminé par l'option souscrite.

n) Pour les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé et permanent, sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) pendant une durée maximum d'un mois pour les assurés sociaux, selon l'option souscrite.

Toutes ces prestations seront calculées en fonction des tarifs opposables du Régime Obligatoire.

Article 21

La Mutuelle verse les prestations définies dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle et aux conditions prévues par celle-ci aux adhérents qui l'auraient choisie comme gestionnaire du Régime Complémentaire.

Article 22

NON PRISE EN CHARGE

La mutuelle ne prend pas en charge :

- ◆ La participation forfaitaire prévue à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale sur les actes et consultations médicales.
- ◆ La franchise forfaitaire annuelle applicable sur les médicaments, les actes effectués par les auxiliaires médicaux sauf dans le cadre d'une hospitalisation, les transports en véhicule sanitaire, à l'exception des transports d'urgence.
- ◆ Les majorations de participation prévues à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant dans des cas autres que ceux autorisés par la loi, les règlements ou les conventions médicales.
- ◆ Les dépassements d'honoraires des médecins dès que les patients les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par le législateur et les conventions médicales, y compris en fonction de l'option souscrite (sauf l'option de coordination).
- ◆ La majoration de participation prévue à l'article L.161-36-2 du code de la Sécurité sociale pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'accès à son dossier médical personnel.

Article 23

Montant du remboursement :

a) Honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste et de l'assistant, à une somme égale à la différence entre le remboursement du Régime Obligatoire et son tarif conventionné,

b) Forfait opératoire, examen radiologique et de laboratoire, à une somme égale à la différence entre le remboursement du Régime Obligatoire et son tarif conventionné,

c) La pharmacie extra usuelle : le règlement de la fourniture sur ordonnance des produits pharmaceutiques remboursables par le Régime Obligatoire est égal à la différence entre le remboursement du Régime Obligatoire et le montant total de l'ordonnance.

Article 24

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 et après tout autre remboursement.

Article 25 :

Selon la nature des contrats souscrits, MUTAMI intervient également dans le domaine natalité/obsèques. Ces garanties, non viagères, sont conclues pour une durée d'un an.

MUTAMI n'est pas liée au-delà de l'année en cours. Toutefois, seule l'assemblée générale, par décision spéciale, peut continuer à proposer ces prestations l'année suivante.

Article 26

L'adhésion à la Mutuelle est annuelle. L'engagement du mutualiste dans une option spécifique s'entend pour l'année civile, renouvelé par tacite reconduction.

CHAPITRE 6 DISPOSITIONS DIVERSES

Article 27 -Réclamations

Les adhérents de la Mutuelle ont la possibilité de contacter le service des réclamations pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime. Les réclamations doivent être adressées :

- Par courrier à l'adresse suivante : MUTAMI service Réclamations 70 boulevard Matabiau BP 7051 31069 TOULOUSE cedex 7
- Ou par mail à l'adresse reclamations@mutami.fr

Un accusé réception sera établi dans les 10 jours ouvrés à compter de la date de réception de la réclamation.

Une réponse sera faite sous deux mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Article 28 - Médiation de la consommation

Si le litige entre un adhérent et la Mutuelle perdure, suite à une irrésolution par voie de réclamation(s), ou à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite, cet adhérent peut saisir le Médiateur de la consommation de la Fédération Nationale de la Mutualité Française :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue Vaugirard 75719 PARIS cedex 15
- Soit par l'adresse mail : mediation@mutualite.fr
- Soit directement par le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

Article 29 – Définitions générales des prestations

Chaque adhérent reçoit une information spécifique relative aux conditions particulières de son contrat.

Article 30 - Autorité de Contrôle

Les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité, disposition du Livre II.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située :

4 Place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

Article 31 – LCB-FT

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la Mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

(notamment les dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104 codifiées aux articles L561-1 du code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application).

Article 32 – Loi applicable :

La loi applicable au Règlement est la loi Française, même si le risque est situé hors de France. Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national. Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la Mutuelle.

Article 33 – Règlement Général sur la Protection des Données :

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle réglementée par les dispositions statutaires de cette dernière, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement au sens du et conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent, de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion des garanties prévues au contrat ainsi qu'à l'exécution des dispositions statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la prospection des adhérents potentiels, à la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, la gestion du contentieux, ou à des fins statistiques.

Elles peuvent également être utilisées :

i) pour répondre aux intérêts légitimes de la Mutuelle et notamment, la protection et le développement de ses activités, l'amélioration de ses produits et des services offerts aux adhérents, la recherche de nouveaux produits et de nouveaux adhérents, la lutte contre la fraude et

ii) pour satisfaire des obligations légales et réglementaires et notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les déclarations et prélèvements obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques, comme les déclarations et prélèvements fiscaux et sociaux.

Les données ainsi recueillies permettent, également, à la Mutuelle de proposer à l'adhérent des garanties autres adaptées au regard de son profil (notamment de son âge, situation familiale, situation professionnelle, niveau de revenu, etc...) notamment dans le cadre de son devoir de conseil.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, les organismes de sécurité sociale, administratifs et judiciaires définis par la loi et organe de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, les assureurs en inclusion, les sous-traitants, les réassureurs, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Toutes ces données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Ainsi les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative du prospect/adhérent ou la fin de la relation contractuelle. Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation/adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales relatives aux garanties prévues choisies par l'adhérent (se reporter à l'article « prescription ». Il est également précisé qu'en cas de contestations, contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.).

Conformément à la réglementation, l'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, s'adresser à Monsieur Florian CAMILLERI, 146A avenue de Toulon 13010 Marseille, ou par mail à DPO.UGM@solimut.fr. Le délai de réponse de la Mutuelle est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent ou son/ses ayant droits, souhaitent faire valoir leur droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, la Mutuelle rappellera par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire, une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du contrat, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent pourra, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si le membre participant ou ses ayants droit qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, pourra gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Il pourra également s'opposer à tout démarchage commercial de la part de la Mutuelle en faisant la demande auprès du Service Administratif.



Relevant du livre II
SIREN 776 950 677

LE REGLEMENT INTERIEUR



70 Boulevard Matabiau BP 7051
31069 TOULOUSE CEDEX 7
Tél 05 62 73 33 40 Fax 05 61 63 03 77

Objet :

Un règlement intérieur établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale détermine les conditions d'application des statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et qu'au règlement mutualiste. Le Conseil d'Administration peut apporter au règlement des modifications qui s'appliquent immédiatement : celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée Générale.

CHAPITRE 1^{er} **ADMISSION – CONDITIONS D'ADHESION**

Article premier

Toute personne qui désire faire partie de la Mutuelle à titre de membre participant ou honoraire devra remplir les conditions prévues à l'article 5 des statuts.

L'adhésion prendra effet à compter de la date d'arrivée dans les services du bulletin d'adhésion.

Dans le cas des adhésions à distance, les règles applicables sont mentionnées à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité.

Le paiement des prestations ne peut prendre effet qu'à compter de la date d'adhésion. Tout mois entamé est dû.

En signant son bulletin d'adhésion, le postulant s'engage, pour lui-même et sa famille, à respecter les Statuts, le Règlement Mutualiste et le Règlement Intérieur de la Mutuelle, à se soumettre à toutes les obligations à sa charge en découlant.

Il autorise la Mutuelle à percevoir les cotisations par prélèvement automatique ou par chèque bancaire ou postal.

Article 2

La Mutuelle se compose de :

- Membres participants, personnes physiques, répartis en sections locales de vote dont la liste est définie par le Conseil d'Administration
- Membres honoraires représentants des personnes physiques, des personnes morales ayant souscrit des contrats collectifs et les représentants des salariés de ces personnes morales.

Les assemblées de sections locales de vote sont convoquées par l'intermédiaire des journaux « l'AMI MUTUALISTE » et « VIVA » ou par tout moyen à convenance, et élisent leurs délégués titulaires par un vote à main levée, à la majorité simple.

Les délégués sont élus pour deux ans.

Les candidats non élus dans la section constituent les délégués suppléants. L'ordre de suppléance est fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

Dans la limite des contingences techniques de l'Assemblée Générale, les délégués suppléants peuvent participer aux travaux de l'assemblée générale avec voix consultative. Dans ces conditions, ils prennent le titre d'auditeur, (trice).

Article 3 (réservé)

Article 4

Une demande de renseignements est adressée chaque année aux parents de bénéficiaires continuant leurs études ou en apprentissage au-delà de 16 ans. Si, dans un délai de trois mois les justifications demandées ne sont pas parvenues au bureau administratif, le bénéficiaire en cause pourra être radié.

CHAPITRE 2 ADMINISTRATION

Article 5

Dans le cadre de l'article 33 des Statuts, la Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration élu à bulletins secrets par l'Assemblée Générale.

Article 6

Les Administrateurs sont chargés de veiller à la bonne marche de la Mutuelle, de renseigner les adhérents, de transmettre au Conseil leurs réclamations et de les discuter.
Ils participent au bon déroulement des Assemblée Générales.

Le conseil d'administration donne délégation au président pour la gestion du personnel : embauche, application de la convention collective, horaires, licenciement, règlement intérieur de l'entreprise etc...et il autorise le président à déléguer sous son contrôle une partie ou la totalité de sa délégation au directeur (trice) de la Mutuelle.

Article 7

Des adhérents ayant rendu des services reconnus suffisants par le Conseil d'Administration peuvent recevoir le titre honorifique de « Membre d'Honneur » au titre des fonctions qu'ils ont occupées. Ces nominations ont lieu en Assemblée Générale.

CHAPITRE 3 REUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU BUREAU

Article 8 - Réunion du Conseil d'Administration :

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du président.

Le président établit l'ordre du jour du Conseil d'Administration et le joint à la convocation qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration, **par voie postale ou par mail**, au moins 5 jours avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Les administrateurs, ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration, sont tenus à la confidentialité des informations données.

Le Dirigeant Opérationnel et les cadres de direction peuvent participer aux réunions du Conseil d'Administration avec voix consultative.

Chaque réunion du Conseil d'Administration fait l'objet d'un compte rendu, approuvé lors des séances suivantes.

Article 9 – Réunion du Bureau

Le Bureau se réunit sur convocation du président du Conseil d'Administration qui établit l'ordre du jour.

Les membres du Bureau, ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration, sont tenus à la confidentialité des informations données.

Le directeur et cadres de direction peuvent participer aux réunions du Bureau avec voix consultative.

Chaque réunion du Bureau fait l'objet d'un compte rendu, approuvé lors des séances suivantes.

CHAPITRE 4

ASSEMBLEE GENERALE

Article 10

Lors de chaque Assemblée, le Président suit l'ordre du jour qu'il a établi.

Une proposition soutenue par le quart au moins des membres devra être portée à la connaissance du président un mois au moins avant l'Assemblée Générale, afin que celui-ci puisse la porter à l'ordre du jour.

Toute proposition qui n'est pas portée à l'ordre du jour ne peut être mise en discussion.

Article 11

Seuls les membres délégués ont le droit de vote. Chaque délégué élu dispose d'une voix à l'Assemblée Générale.

Article 12

A chaque Assemblée Générale, le Président fait approuver le procès-verbal de la précédente Assemblée Générale.

Article 13

Le Président accorde la parole à tout délégué qui la demande : il a le droit de la retirer à ceux qui sortiraient du sujet inscrit à l'ordre du jour ou qui prononceraient des paroles susceptibles de troubler l'ordre de l'Assemblée.

Tout délégué qui trouble le cours des séances est tenu de quitter l'Assemblée.

Article 14

Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale est remplacé dans ses fonctions par un autre délégué de sa section. Un délégué ne peut être porteur de plus de 3 pouvoirs.

CHAPITRE 5

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 15

Tout délégué à l'Assemblée Générale, remplissant les conditions prévues à l'Article 33 des Statuts, qui désireait présenter sa candidature lors de l'élection des membres du Conseil d'Administration devra en adresser la demande par lettre au Président, au plus tard 30 jours avant l'Assemblée Générale. Le Conseil d'Administration est élu à bulletin secret par l'Assemblée Générale.

Article 16

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un bureau composé de

- un président,
- deux vice-présidents,
- un secrétaire général, un secrétaire général adjoint,
- un trésorier, un trésorier adjoint,
- et le cas échéant, deux membres.

Article 17

Le Conseil d'Administration peut créer des commissions.

Article 18 – Commission d'Action Sociale

Il est institué des Commissions d'Action Sociale par territoires géographiques définis par le Conseil d'administration.

Elles sont composées de membres du Conseil d'Administration, de délégués à l'Assemblée Générale, de membres participants, de personnel de Direction, de salarié en charge du social, s'il y a lieu.

Ces commissions se réunissent autant que nécessaire et sont présidées par le Président du Conseil d'Administration ou son délégué.

Le budget global d'aide sociale attribué peut représenter 0,2 % des cotisations encaissées. Afin de bénéficier des aides qui pourraient être accordées, l'adhérent doit avoir un an de présence à la mutuelle au moment de la demande et satisfaire à des critères sociaux et de revenus.

Les Commissions d'Action Sociale de territoires établissent un rapport d'activité.

Ce dernier fait l'objet d'une présentation à l'Assemblée Générale de la mutuelle pour approbation.

Article 19

A l'initiative du conseil d'administration et conformément aux articles 70 et 71 des statuts, il peut être constitué des Comités territoriaux pour faciliter l'expression de la mutuelle et renforcer la proximité.

Les Comités Territoriaux sont administrés par un Conseil Territorial composé de membres désignés par le conseil d'administration de la Mutuelle.

Les Comités Territoriaux sont présidés par le Président du conseil d'administration de la Mutuelle ou par son représentant, membre du conseil d'administration.

Les Conseils Territoriaux concourent à la réflexion stratégique de la mutuelle.

Les Conseils Territoriaux sont la représentation locale de la mutuelle auprès des pouvoirs publics ou auprès de tous organismes.

A ce titre, ils peuvent agir au nom de la mutuelle.

Article 20

Conformément à l'article 41 des statuts, le Conseil d'Administration définit les cas dans lesquels, les Dirigeants Effectifs sont absents ou empêchés, de manière à garantir la continuité de la direction effective de la Mutuelle.

Les Dirigeants Effectifs peuvent être absents ou empêchés dans les cas suivants :

- En cas de départ,
- En cas d'absence temporaire,
- En cas d'empêchement lié à d'autres engagements professionnels.

Si ces cas se présentent et empêchent la continuité de la direction effective de la Mutuelle, les vice-Présidents suppléent les Dirigeants Effectifs avec les mêmes pouvoirs dans toutes leurs fonctions. Selon le cas, une solution doit être trouvée pour le remplacement ou le retour des Dirigeants Effectifs.

Ce dispositif, si mis en place, doit être communiqué à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

CHAPITRE 6 STATUTS ET REGLEMENTS

Article 21

Dans tous les cas non prévus par les Statuts, le Règlement Mutualiste et le Règlement Intérieur, le Conseil d'Administration statuera par vote définitivement et sans appel. Ces décisions seront portées à la connaissance des intéressés par note écrite.

Article 22

Les modifications des montants de cotisation ainsi que de prestations (article 41 des statuts) et plus généralement les modifications du règlement mutualiste, du règlement intérieur, sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions suivantes : par courrier, par le journal « L'AMI MUTUALISTE » ou par VIVA ; par avenants signés des parties concernant les garanties souscrites lors d'un contrat collectif.

Article 23

Le présent règlement ainsi que les statuts et le règlement mutualiste sont consultables sur le site de la mutuelle : www.mutami.fr.

De ce fait, chaque adhérent connaît ses droits et ses devoirs et ne peut en prétexter l'ignorance.

Pour les opérations individuelles, la Mutuelle doit avoir remis, avant la signature du bulletin d'adhésion, au membre participant ou futur membre participant les statuts, le règlement intérieur et le règlement mutualiste, ou une fiche d'information sur le règlement mutualiste qui décrit leurs droits et obligations réciproques.

Pour les opérations collectives, la Mutuelle établit une notice qui définit les garanties prévues et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation 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. L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de la Mutuelle à chaque membre participant et de l'informer des modifications de ces documents.

Pour ces mêmes opérations collectives, la Mutuelle remet obligatoirement, avant la signature du bulletin d'adhésion ou la souscription du contrat, à la personne morale souscriptrice la proposition de contrat.

Lorsque l'engagement réciproque du membre participant et de la Mutuelle ne résulte pas de la signature d'un bulletin d'adhésion mais de la souscription d'un contrat collectif portant accord particulier, toute modification de celui-ci est constatée par un avenant signé par les parties.

Par dérogation au cas ci-dessus, la modification proposée par la Mutuelle d'un contrat complémentaire santé collectif visant à le mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. La Mutuelle informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix en application du même article.

Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des membres participants par le souscripteur.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts et des règlements sont portés à la connaissance de chaque membre participant ou honoraire.

- **PAS DE FRAIS D'INSCRIPTION NI DE CARENCE**
- **LE TIERS PAYANT CHEZ DE NOMBREUX PROFESSIONNELS**
- **UN ACCÈS À VOTRE ESPACE ADHÉRENT EN LIGNE**
- **AUTO/HABITATION** : Tarifs préférentiels avec notre partenaire la MFA
- **PRÉVOYANCE** : Offres commerciales spécifiques aux adhérents Mutami
- **VACANCES** : **-15%** à **-20%** sur les locations du Club Loisirs Culture Vacances

CONTRAT RESPONSABLE

au sens des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale

	CORAIL Sécu + mutuelle	LAGUNE Sécu + mutuelle	Océan Sécu + mutuelle
MALADIE - PHARMACIE			
Consultations, visites, actes médicaux	100 %	100 %	130 % ⁽³⁾
Biologie	100 %	100 %	100 %
Radiologie	100 %	100 %	100 %
Orthopédie et petit appareillage	100 %	100 %	100 %
Forfait orthopédique et petit appareillage/an	—	46 €	77 €
Soins infirmiers et kinésithérapie	100 %	100 %	100 %
Orthophoniste et orthoptiste	100 %	100 %	100 %
Prothèse auditive	100 %	100 %	100 %
Pharmacie (vignettes bleues, blanches et oranges)	100 %	100 %	100 %
Contraception 3 ^e et 4 ^e génération et patch/an	70 €	90 €	130 €
OPTIQUE			
Monture, verres et lentilles acceptées	100 %	100 %	100 %
Forfait monture ^{(4) (5)}	40 €	50 €	60 €
Forfait verre simple (par verre) ^{(4) (5)}	30 €	40 €	45 €
Forfait verre complexe (par verre) ^{(4) (5)}	80 €	80 €	95 €
Forfait verre très complexe (par verre) ^{(4) (5)}	80 €	90 €	100 €
Forfait lentilles acceptées ou refusées SS	70 €	153 €	183 €
Forfait Chirurgie laser/oeil/an	70 €	153 €	183 €
DENTAIRE			
Soins dentaires	100 %	100 %	100 %
Prothèses dentaires (Sécu + ticket modérateur + dépassements ^{**})	100 %	175 %	225 %
^{**} Dépassements plafonnés par an à	—	800 €	1000 €
Orthodontie acceptée	100 %	170 %	200 %
HOSPITALISATION			
Chirurgicale ou médicale, séjours, actes (Établissements conventionnés)	100 %	100 %	100 %
Honoraires chirurgiens, anesthésistes ⁽³⁾	140 %	140 %	140 %
Forfait hospitalier	100 % illimité ⁽⁹⁾	100 % illimité ⁽⁹⁾	100 % illimité ⁽⁹⁾
Accompagnement - 16 ans et adulte (si inscrits à Mutami)	frais/30 J/an ⁽⁶⁾	frais/60 J/an ⁽⁶⁾	frais/60 J/an ⁽⁶⁾
Chambre particulière avec nuitée ⁽⁷⁾	30 €/30 J/an	50 €/30 J/an	60 €/30 J/an
Chambre particulière sans hébergement ⁽²⁾	20 €	20 €	20 €
Transport ambulance	100 %	100 %	100 %
CURES THERMALES			
Soins	100 %	100 %	100 %
Forfait hébergement et transport (1 fois/an)	—	92 €	122 €
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES			
VIVA, le magazine de ma mutuelle (4 n°/an)	oui	oui	oui
ACTES DE PRÉVENTION			
Détartrage annuel complet (2 séances)	100 %	100 %	100 %
Dépistage hépatite B	100 %	100 %	100 %
Vaccins (liste) + antigrippe	100 %	100 %	100 %
Sevrage tabagique/an ⁽⁸⁾	90 €	90 €	90 €
Forfait préservatifs	15 €	15 €	15 €
ASSISTANCE GARANTIE FAMILIALE			
	Oui	Oui	Oui

Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base du remboursement Sécurité sociale (BRSS), dans le cadre du parcours de soins coordonné et dans la limite des frais engagés, y compris la prise en charge du régime obligatoire.

⁽¹⁾ Une fois par an et par bénéficiaire.

⁽²⁾ Ce forfait n'est applicable qu'à la condition où l'établissement a signé une convention avec la Mutualité Française.

⁽³⁾ La prise en charge des dépassements est minorée de 20 % avec un plafond de remboursement à 200 % pour les médecins hors OPTAM et OPTAM-CO.

⁽⁴⁾ Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans. Pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte, un équipement peut être remboursé tous les ans.

⁽⁵⁾ Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique.

⁽⁶⁾ Remboursement sur la base des frais réels, sur présentation de la facture acquittée émise par l'hôpital ou la clinique.

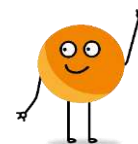
⁽⁷⁾ Dans le cadre du tiers payant, elle ne sera prise en charge que pour les établissements conventionnés avec Mutami.

⁽⁸⁾ Sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée.

⁽⁹⁾ Hors établissements médico-sociaux (MAS) ou établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Les forfaits sont payés dans la limite des frais engagés TC = base remboursement tarif conventionnel Sécurité sociale.

Période minimale d'adhésion 1 an • Document non contractuel.



	MERCURE Sécu + mutuelle	VENUS Sécu + mutuelle	MARS Sécu + mutuelle	JUPITER Sécu + mutuelle
MALADIE - PHARMACIE				
Consultations - Visites - Actes médicaux	100%	100%	100%	100%
Biologie	100%	100%	100%	100%
Radiologie	100%	100%	100%	100%
Orthopédie et petit appareillage	100%	100%	100%	100%
Forfait Orthopédique et petit appareillage par an				61 €
Soins infirmiers et Kinésithérapie	100%	100%	100%	100%
Orthophoniste et orthoptiste	100%	100%	100%	100%
Prothèse auditive	100%	100%	100%	100%
Forfait auditif ⁽¹⁾			123 €	153 €
Pharmacie (vignettes bleues et blanches)	100%	100%	100%	100%
Pharmacie (vignettes orange)				100%
Contraception 3 ^{ème} - 4 ^{ème} génération et patch par an			25 €	30 €
OPTIQUE				
Monture, verres et lentilles acceptées	100%	100%	100%	100%
Forfait monture ⁽⁵⁾⁽⁶⁾		40 €	50 €	70 €
Forfait verre simple (par verre) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾		30 €	30 €	35 €
Forfait verre complexe (par verre) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾		80 €	90 €	100 €
Forfait verre très complexe (par verre) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾		80 €	90 €	100 €
Forfait lentilles acceptées ou refusées SS		40 €	60 €	90 €
Forfait Chirurgie laser (par œil) par an		250 €	250 €	250 €
DENTAIRE				
Soins dentaires	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires (Sécu + TM + dépassements)	100%	125%	175%	200%
Dépassements tarifs plafonnés par an à		400 €	600 €	800 €
Orthodontie acceptée	100%	125%	175%	200%
Implantologie, parodontologie, orthodontie refusée ⁽¹⁾		150 €	200 €	250 €
HOSPITALISATION				
Chirurgicale ou médicale, séjours, actes (Ets conventionnés)	100%	100%	100%	100%
Honoraires Chirurgiens-Anesthésistes ⁽⁴⁾ médecins ayant signé l'OPTAM et OPTAM-CO	100%	140% ⁽⁴⁾	140% ⁽⁴⁾	140% ⁽⁴⁾
Honoraires Chirurgiens-Anesthésistes ⁽⁴⁾ médecins n'ayant pas signé l'OPTAM et OPTAM-CO	100%	120% ⁽⁴⁾	120% ⁽⁴⁾	120% ⁽⁴⁾
Forfait hospitalier (hors MAS et EHPAD)	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Accompagnement - de 16 ans (si inscrits à MUTAMI) et adulte + 70 ans	FR (30j/an) ⁽⁷⁾	FR (30j/an) ⁽⁷⁾	FR (60j/an) ⁽⁷⁾	FR (60j/an) ⁽⁷⁾
Chambre particulière avec nuitée *		40 €/30j/an	55 €/30j/an	61 €/45j/an
Chambre particulière sans hébergement ⁽³⁾		20 €	20 €	20 €
Transport ambulance	100%	100%	100%	100%
CURE THERMALE				
Soins		100%	100%	100%
Forfait hébergement et transport (1 fois/an)			77 €	92 €
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES				
Prime de naissance (si enfant inscrit)		50 €	75 €	100 €
Amniocentèse				35 €
Péridurale				35 €
Allocation décès			415 €	415 €
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, podologie			30%/FR isq 60 € ⁽⁷⁾	40%/FR isq 80 € ⁽⁷⁾
Prothèse capillaire et mammaire (TC)		100%	100%	100%
Forfait sur prothèse capillaire et mammaire ⁽¹⁾		150 €	200 €	250 €
ACTES DE PREVENTION				
Détartrage annuel complet (2 séances)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Vaccins (liste) + anti-grippe	100%	100%	100%	100%
Densitométrie osseuse ⁽¹⁾	100%	100%	100% + 35 €	100% + 35 €
Densitométrie osseuse ⁽¹⁾ non prise en charge SS		20 €	35 €	35 €
Allergologie par an		25 €	25 €	25 €
Sevrage tabagique par an		25 €	30 €	50 €
ASSISTANCE GARANTIE FAMILIALE				
	Oui	Oui	Oui	Oui

Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base du remboursement Sécurité Sociale (BRSS), dans le cadre du parcours de soins coordonné, pour les médicaments à vignette bleue et blanche et dans la limite des frais engagés, y compris la prise en charge du Régime Obligatoire.

⁽¹⁾ une fois par an et par bénéficiaire

⁽²⁾ Excepté en gériatrie, psychiatrie, maison de repos de convalescence de rééducation : 45 jours par an

⁽³⁾ Ce Forfait n'est applicable qu'à la condition où l'établissement a signé une convention avec la Mutualité Française

⁽⁴⁾ La prise en charge des dépassements est minorée de 20% avec un plafond de remboursement à 200% pour les médecins n'ayant pas signé l'OPTAM et OPTAM-CO.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie Obstétrique

⁽⁵⁾ Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans. Pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte, un équipement peut être remboursé tous les ans

⁽⁶⁾ Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique

⁽⁷⁾ Remboursement sur la base des frais réels, sur présentation de la facture acquittée émise par l'hôpital ou la clinique

* Dans le cadre du tiers-payant, elle ne sera pris en charge que pour les établissements conventionnés avec MUTAMI

Les forfaits sont payés dans la limite des frais engagés TC = base remboursement tarif conventionnel Sécurité Sociale

période minimale d'adhésion 1 an - document non contractuel



	JUPITER Sécu + mutuelle	SATURNE Sécu + mutuelle	URANUS Sécu + mutuelle	NEPTUNE Sécu + mutuelle
MALADIE - PHARMACIE				
Consultations - Visites - Actes médicaux	100%	130% ⁽⁴⁾	150% ⁽⁴⁾	200% ⁽⁴⁾
Biologie	100%	100%	100%	100%
Radiologie	100%	100%	100%	100%
Orthopédie et petit appareillage	100%	130%	150%	150%
Forfait Orthopédique et petit appareillage par an	61 €	61 €	76 €	92 €
Soins infirmiers et Kinésithérapie	100%	100%	100%	100%
Orthophoniste et orthoptiste	100%	100%	100%	100%
Prothèse auditive	100%	130%	200%	250%
Forfait auditif ⁽¹⁾	153 €	229 €	305 €	382 €
Pharmacie	100%	100%	100%	100%
Contraception 3 ^{ème} 4 ^{ème} génération et patch par an	30 €	40 €	45 €	50 €
OPTIQUE				
Monture, verres et lentilles acceptées	100%	100%	100%	100%
Forfait monture ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	70 €	80 €	90 €	100 €
Forfait verre simple (par verre) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	35 €	50 €	60 €	70 €
Forfait verre complexe (par verre) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100 €	110 €	120 €	140 €
Forfait verre très complexe (par verre) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100 €	110 €	120 €	140 €
Forfait lentilles acceptées ou refusées SS	90 €	120 €	180 €	180 €
Forfait Chirurgie laser (par œil) par an	250 €	350 €	350 €	350 €
DENTAIRE				
Soins dentaires	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires (Sécu + TM + dépassements)	200%	250%	300%	350%
Dépassements tarifs plafonnés par an à	800 €	1 000 €	1 200 €	1 500 €
Orthodontie acceptée	200%	250%	300%	350%
Implantologie, parodontologie, orthodontie refusée ⁽¹⁾	250 €	400 €	600 €	800 €
HOSPITALISATION				
Chirurgicale ou médicale, séjours, actes (Ets conventionnés)	100%	100%	100%	100%
Honoraires Chirurgiens-Anesthésistes ⁽⁴⁾ médecins ayant signé l'OPTAM et OPTAM-CO	140% ⁽⁴⁾	140% ⁽⁴⁾	140% ⁽⁴⁾	140% ⁽⁴⁾
Honoraires Chirurgiens-Anesthésistes ⁽⁴⁾ médecins n'ayant pas signé l'OPTAM et OPTAM-CO	120% ⁽⁴⁾	120% ⁽⁴⁾	120% ⁽⁴⁾	120% ⁽⁴⁾
Forfait hospitalier (hors MAS et EHPAD)	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Accompagnement - de 16 ans (si inscrits à MUTAMI) et adulte + 70 ans	FR (60j/an) ⁽⁷⁾	FR (60j/an) ⁽⁷⁾	FR (60j/an) ⁽⁷⁾	FR (60j/an) ⁽⁷⁾
Chambre particulière avec nuitée *	61 €/45j/an	65 €/60j/an ⁽²⁾	65 €/90j/an ⁽²⁾	65 €/90j/an ⁽²⁾
Chambre particulière sans hébergement ⁽³⁾	20 €	20 €	20 €	20 €
Transport ambulance	100%	100%	100%	100%
CURE THERMALE				
Soins	100%	100%	100%	100%
Forfait hébergement et transport (1 fois/an)	92 €	122 €	229 €	229 €
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES				
Prime de naissance (si enfant inscrit)	100 €	129 €	155 €	200 €
Amniocentèse	35 €	40 €	46 €	61 €
Péridurale	35 €	40 €	46 €	61 €
Allocation décès	415 €	415 €	415 €	415 €
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, podologie	40%/FR jsq 80 €	50%/FR jsq 100 €	50%/FR jsq 120 €	60%/FR jsq 120 €
Prothèse capillaire et mammaire (TC)	100%	100%	100%	100%
Forfait sur prothèse capillaire et mammaire ⁽¹⁾	250 €	300 €	350 €	350 €
ACTES DE PREVENTION				
Détartrage annuel complet (2 séances)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Vaccins (liste) + anti-grippe	100%	100%	100%	100%
Densitométrie osseuse ⁽¹⁾	100% + 35 €	100% + 35 €	100% + 35 €	100% + 35 €
Densitométrie osseuse ⁽¹⁾ non prise en charge SS	35 €	35 €	35 €	35 €
Allergologie par an	25 €	25 €	25 €	25 €
Sevrage tabagique par an	50 €	60 €	75 €	90 €
ASSISTANCE GARANTIE FAMILIALE				
	Oui	Oui	Oui	Oui

Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base du remboursement Sécurité Sociale (BRSS), dans le cadre du parcours de soins coordonné et dans la limite des frais engagés, y compris la prise en charge du Régime Obligatoire.

⁽¹⁾ une fois par an et par bénéficiaire

⁽²⁾ Excepté en gériatrie, psychiatrie, maison de repos de convalescence de rééducation : 45 jours par an

⁽³⁾ Ce Forfait n'est applicable qu'à la condition où l'établissement a signé une convention avec la Mutualité Française

⁽⁴⁾ La prise en charge des dépassements est minorée de 20% avec un plafond de remboursement à 200% pour les médecins n'ayant pas signé l'OPTAM et OPTAM-CO.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

⁽⁵⁾ Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans. Pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte, un équipement peut être remboursé tous les ans

⁽⁶⁾ Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique

⁽⁷⁾ Remboursement sur la base des frais réels, sur présentation de la facture acquittée émise par l'hôpital ou la clinique

* Dans le cadre du tiers-payant, elle ne sera prise en charge que pour les établissements conventionnés avec MUTAMI

Les forfaits sont payés dans la limite des frais engagés TC = base remboursement tarif conventionnel Sécurité Sociale
 période minimale d'adhésion 1 an - document non contractuel

	OPALE Sécu + mutuelle	JADE Sécu + mutuelle	RUBIS Sécu + mutuelle
MALADIE - PHARMACIE			
Consultations-Visites-Actes médicaux ⁽⁴⁾ médecins ayant signé l'OPTAM et OPTAM-CO	100%	120% ⁽⁴⁾	150% ⁽⁴⁾
Consultations-Visites-Actes médicaux ⁽⁴⁾ médecins n'ayant pas signé l'OPTAM et OPTAM-C	100%	100% ⁽⁴⁾	130% ⁽⁴⁾
Biologie (laboratoire)	100%	100%	100%
Radiologie	100%	100%	100%
Orthopédie et petit appareillage	100%	100%	100%
Forfait Orthopédique et petit appareillage/an	45 €	55 €	70 €
Soins infirmiers et Kinésithérapie	100%	100%	100%
Orthophoniste et orthoptiste	100%	100%	100%
Prothèse auditive	100%	100%	100%
Forfaits auditif ⁽¹⁾	70 €	123 €	153 €
Pharmacie vignettes blanches, bleues et orange	100%	100%	100%
OPTIQUE			
Monture, verres et lentilles acceptées	100%	100%	100%
Forfait monture ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	40 €	40 €	50 €
Forfait verre simple (par verre) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	30 €	40 €	50 €
Forfait verre complexe (par verre) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	80 €	80 €	110 €
Forfait verre très complexe (par verre) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	80 €	80 €	110 €
Forfait lentilles acceptées ou refusées SS	60 €	90 €	120 €
Forfait Chirurgie laser (par œil) par an	70 €	153 €	205 €
DENTAIRE			
Soins dentaires	100%	100%	100%
Prothèses dentaires (Sécu+TM)	100%	100%	100%
Forfaits ⁽¹⁾	155 €	230 €	300 €
HOSPITALISATION			
Médicale ou chirurgicale, séjours, actes	100%	100%	100%
Honoraires Chirurgiens-Anesthésistes ⁽⁴⁾ médecins ayant signé l'OPTAM et OPTAM-CO	140% ⁽⁴⁾	140% ⁽⁴⁾	140% ⁽⁴⁾
Honoraires Chirurgiens-Anesthésistes ⁽⁴⁾ médecins n'ayant pas signé l'OPTAM et OPTAM-C	120% ⁽⁴⁾	120% ⁽⁴⁾	120% ⁽⁴⁾
Forfait hospitalier (hors MAS et EHPAD)	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Accompagnement + 70 ans ⁽⁷⁾	FR/30J/an	FR/60J/an	FR/60J/an
Chambre particulière avec nuitée*	50 €/30J/an	55 €/30J/an	60 €/30J/an
Chambre particulière sans hébergement ⁽³⁾	20 €	20 €	20 €
Transport ambulance	100%	100%	100%
CURES THERMALES			
soins	100%	100%	100%
Forfait hébergement et transport (1 fois/an)	30 €	50 €	77 €
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES			
Ostéopathie, chiropractie, Accupuncture, Podologie	30%/FR jsq 60 €	40%/FR jsq 80 €	50%/FR jsq 100 €
ACTES DE PREVENTION			
Vaccins anti-grippe	100%	100%	100%
Densitométrie osseuse (1 fois par an)	100%+40 €	100%+40 €	100%+40 €
Dépistage de l'audition	100%	100%	100%
ASSISTANCE GARANTIE FAMILIALE			
	Oui	Oui	Oui

Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base du remboursement Sécurité Sociale (BRSS), dans le cadre du parcours de soins coordonné et dans la limite des frais engagés, y compris la prise en charge du Régime Obligatoire.

⁽¹⁾ une fois par an et par bénéficiaire

⁽²⁾ Excepté en gériatrie, psychiatrie, maison de repos de convalescence de rééducation : 45 jours par an

⁽³⁾ Ce Forfait n'est applicable qu'à la condition où l'établissement a signé une convention avec la Mutualité Française

⁽⁴⁾ La prise en charge des dépassements est minorée de 20% avec un plafond de remboursement à 200% pour les médecins hors OPTAM et OPTAM-CO.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie Obstétrique

⁽⁵⁾ Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans. Pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte, un équipement peut être remboursé tous les ans

⁽⁶⁾ Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique

⁽⁷⁾ Remboursement sur la base des frais réels, sur présentation de la facture acquittée émise par l'hôpital ou la clinique

* Dans le cadre du tiers-payant, elle ne sera pris en charge que pour les établissements conventionnés avec MUTAMI

Les forfaits sont payés dans la limite des frais engagés TC = base remboursement tarif conventionnel Sécurité Sociale

période minimale d'adhésion 1 an