

Solimut Mutuelle de France STATUTS

Approuvés par l'Assemblée Générale du 26 juin 2015

CERTIFIÉ CONFORME
Le Président
Serge JACQUET



Solimut
 **utuelle**
de France

TITRE I FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 DENOMINATION ET SIEGE DE LA MUTUELLE

Il est constitué, conformément au Code de la Mutualité, une mutuelle interprofessionnelle, sous la dénomination «SOLIMUT Mutuelle de France».

La mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le Code de la Mutualité et notamment les dispositions du livre II, ainsi que par les présents statuts.

Elle est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617.

Elle est agréée pour pratiquer des activités du Livre II.

Le siège social de la Mutuelle est situé : 47, Rue Maurice FLANDIN - 69003 LYON.

Il peut être transféré sur décision du Conseil d'Administration, en tout autre lieu du territoire national par ratification à la plus prochaine Assemblée Générale.

Article 2 OBJET DE LA MUTUELLE

La Mutuelle a pour objet de :

I. Réaliser les opérations d'assurance suivantes :

A Participer à la gestion du Régime légal d'Assurance Maladie et Maternité en application de l'article L611-3 du Code de la Sécurité Sociale, et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques.

B Couvrir les membres participants ainsi que leurs ayants droit contre les risques de dommages corporels liés à des accidents ou la maladie.

C Contracter à l'égard de ces mêmes membres participants et de leurs ayants droit des engagements dont l'exécution relève des branches pour lesquelles la mutuelle est agréée ou verser un capital en cas de mariage et de naissance d'enfants.

A cet effet, la Mutuelle est agréée par le Ministre chargé de la Mutualité pour assurer directement les opérations relevant des branches d'activités suivantes :

- Accidents (branche 1),
- Maladie (branche 2),
- Vie-décès (branche 20),
- Natalité et nuptialité (branche 21).

D La mutuelle a également la possibilité de proposer aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, instituée par la Loi du 27 juillet 1999, les prestations prévues par la loi.

II. Se substituer à leur demande à d'autres Mutuelles ou Unions de Mutuelles régies par le livre II du Code de la Mutualité, pour les branches d'activités mentionnées à l'article 2-I ci-dessus vis-à-vis de leurs membres participants ainsi que de leurs ayants droit.

III. Conclure des contrats de coassurance ou de réassurance pour les opérations mentionnées à l'article 2-I ci-dessus.

IV. Conclure tout accord de partenariat, participer à toute Union ou bien encore constituer tout groupement avec d'autres organismes régis par le Code de la Mutualité, le livre IX du code de

la Sécurité Sociale ou le Code des Assurances et dont l'objet permet de conforter l'action de la mutuelle au sein de sa communauté et notamment de participer ou constituer une Union de Groupe Mutualiste (article L.111-4-1 du Code de la Mutualité) une Union Mutualiste de Groupe (article L.111-4-2 du Code de la Mutualité) ou un groupe conformément aux dispositions de l'article L211-10 du Code de la Mutualité (L365-1 du Code des Assurances).

V. Conformément aux articles L.116-1 et suivants du Code de la Mutualité :

Présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance. Dans ce cadre, la Mutuelle agit en qualité d'intermédiaire.

Recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Etre autorisée à déléguer la gestion d'un contrat collectif et ce, en application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, notamment sous le contrôle et l'autorité de l'Assemblée Générale.

VI. La Mutuelle peut en outre :

Mettre en oeuvre, à titre accessoire toute action de solidarité, d'entraide et d'action sociale au profit de ses membres et le cas échéant, les faire bénéficier des services proposés par le mouvement mutualiste.

Accorder des secours exceptionnels, dans le cadre d'une action sociale, au profit de certains membres pour répondre à des besoins sociaux urgents et ponctuels qui ne peuvent être couverts au titre des garanties formalisées par le règlement mutualiste.

Agir, à titre accessoire, pour la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées dans les limites prévues au Chapitre III de l'article L111-1 du code de la mutualité.

Proposer, à titre accessoire, des services contribuant à l'information, au développement culturel, moral, intellectuel et physique des membres ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Conclure les conventions nécessaires pour l'accès des membres participants aux réalisations sanitaires, sociales et culturelles.

Pour réaliser son objet social, la mutuelle pourra conclure des conventions avec toute personne morale de droit public ou privé.

Article 3 REGLEMENT INTERIEUR/REGLEMENT MUTUALISTE

REGLEMENT INTERIEUR

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 membres participants et honoraires sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et au règlement mutualiste.

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

REGLEMENT MUTUALISTE

En application de l'article L114-1 du Code de la Mutualité, des règlements adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définissent le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les

prestations et les cotisations.

Les garanties mises en oeuvre 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,
- 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 apporter au règlement mutualiste des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée Générale.

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

Section 1 - Adhésion

Article 4 - CATEGORIE DE MEMBRES

La Mutuelle admet des membres participants et peut admettre des membres honoraires sur décision du Conseil d'Administration.

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

Sont considérés comme ayants droit d'un membre participant, les personnes citées à l'article L313-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Les membres honoraires peuvent être des personnes physiques, des personnes morales qui souscrivent des contrats collectifs au sens des dispositions de l'article L.221-2 du code de la Mutualité, des personnes morales qui paient une contribution, ou font des dons, ou ont rendu des services équivalents, sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle.

ADHESION INDIVIDUELLE

Peuvent adhérer individuellement à la Mutuelle les personnes physiques qui font acte d'adhésion constaté par la signature d'un bulletin d'adhésion.

A leur demande expresse, faite auprès de la mutuelle les mineurs de plus de 16 ans peuvent adhérer sans l'intervention de leur représentant légal.

ADHESION DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS

Peuvent souscrire un contrat collectif auprès de la Mutuelle, d'une part toute personne physique ou morale qui emploie un ou plusieurs salariés, d'autre part toute personne morale au profit de ses membres qui deviennent alors membres participants de la Mutuelle.

I - Opérations collectives facultatives :

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion tel que défini par l'article L.221-2.III.1° du Code de la Mutualité.

II - Opérations collectives obligatoires :

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle conformément aux dispositions de l'article L221-2-III-2° du Code de la Mutualité.

Les contrats collectifs définissent les ayants droit de leurs membres participants.

Les membres participants des contrats collectifs désignent un ou plusieurs représentants pour participer aux sections de vote de la Mutuelle.

Article 5 - DROIT D'ADHESION

L'Assemblée Générale peut instituer un droit d'adhésion et en fixer le montant.

Section 2 - Démission, radiation, exclusion

Article 6 - DEMISSION/RADIATION/EXCLUSION

DEMISSION

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.

RADIATION

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.

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

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.

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

TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I ASSEMBLEE GENERALE

Section 1- Composition, élection

Article 7 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Tous les membres participants et honoraires individuels et les représentants des membres parti-

cipants et honoraires des contrats collectifs sont répartis en sections de vote.

Le nombre, l'étendue et la composition de ces sections sont fixées par la Conseil d'Administration et définis au règlement intérieur.

L'Assemblée Générale de la Mutuelle est composée des délégués élus au sein de chaque section de vote par l'ensemble des membres qui la composent.

Article 8 ELECTION ET NOMBRE DES DELEGUES

Les membres de chaque section élisent leurs délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle tous les six ans selon les modalités prévues au règlement intérieur.

L'Assemblée Générale comprend 110 délégués répartis en 3 collèges correspondant aux sections de vote :

- le collège des souscripteurs individuels, composé de 60 délégués,
- le collège des souscripteurs collectifs relevant du code de la Mutualité, composé de 40 délégués,
- le collège des souscripteurs collectifs autres, composé de 10 délégués.

Chaque délégué ne peut être élu qu'au titre d'un seul collège.

Les délégués sont élus pour 6 ans ; leur mandat peut être renouvelé.

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

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué, il n'est pourvu à son remplacement que lors de l'expiration de son mandat.

L'Assemblée Générale est alors réduite du nombre de délégués correspondants.

Article 9 COMMISSION ELECTORALE

Une commission électorale composée de 5 membres issus du Conseil d'Administration est créée pour les élections de la mutuelle.

Cette commission est chargée de suivre les opérations électorales prévues dans les statuts et règlements.

Elle est en outre habilitée à se prononcer sur les difficultés nées de l'interprétation du règlement électoral.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont prévues par le règlement intérieur.

Section 2 - Réunions de l'Assemblée Générale

Article 10 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 réunie hors du siège social de la Mutuelle sur décision du Conseil d'Administration.

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

Article 11 MODALITES DE CONVOCATION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

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 12 ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Il doit être joint à la convocation.

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

Elle peut néanmoins procéder en toutes circonstances, à la révocation d'un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et 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 13 COMPETENCES DE L'ASSEMBLEE GENERALE

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, les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L.114-1, 5^{ème} alinéa du Code de la Mutualité,
- Le montant du fonds d'établissement,
- La délégation de pouvoir au Conseil d'Administration prévue à l'article 16 des présents statuts,
- L'adhésion à une Union ou à une Fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une Union ou d'une Fédération, la fusion avec une autre Mutuelle ou une Union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une Union,
- 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 prévu à l'article 46 des Statuts.
- 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 (L365-1 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 14 MODALITES DE VOTE DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Chaque délégué ne dispose en propre que d'une seule voix.

Vote par procuration :

La faculté de voter par procuration est offerte au délégué empêché.

A compter de la date de convocation de l'assemblée, une formule de vote par procuration, accompagnée du texte des résolutions proposées et d'un exposé des motifs, est remise ou adressée à tout délégué qui en fait la demande, sous réserve que cette demande soit déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

Les délégués qui votent par procuration signent celle-ci et indiquent leurs nom, prénom et domicile ainsi que les nom, prénom et domicile de leur mandataire qui doit lui-même être délégué à l'Assemblée Générale. Ils adressent la procuration à leur mandataire.

Une même personne ne peut disposer de plus de 3 mandats.

Le mandat n'est valable que pour une seule assemblée.

Il peut cependant être donné pour deux assemblées générales tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées à l'article 15-I des présents statuts et l'autre pour exercer les attributions visées à l'article 15-II.

De même, un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

- Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées :

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, du Règlement Mutualiste, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 16 des présents statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une Mutuelle ou d'une Union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués élus.

A défaut, une seconde Assemblée Générale doit être convoquée et délibèrera valablement si le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration représente au moins le quart du total des délégués

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

- Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées.

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

A défaut, une seconde Assemblée Générale doit être convoquée et délibèrera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration.

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

Article 15 FORCE EXECUTOIRE DES DECISIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Les décisions prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à l'ensemble des adhérents, membres participants ou honoraires.

Les modifications des statuts, du Règlement Intérieur, du Règlement Mutualiste, des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants et honoraires dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

Article 16 DELEGATION DE POUVOIR DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'Administration.

Il en va de même du choix du, ou des, réassureur (s) dans le cadre de la politique de réassurance et de coréassurance.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

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

CHAPITRE II CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1 - Composition, Election

Article 17 COMPOSITION

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

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

Le Conseil d'Administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateur, de dirigeant ou d'associé dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L211-10 du Code de la Mutualité.

Article 18 CONDITIONS D'ELIGIBILITE - LIMITE D'ÂGE

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

- Etre âgés de 18 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

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

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Les administrateurs sont tenus de signaler sans délai tout changement intervenant dans leur situation.

Article 19 MODALITES DE L'ELECTION

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 20 DUREE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de six 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 :

- 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 18,
- 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.

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

Article 21 RENOUELEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu par moitié tous les trois 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 22 VACANCE

L'administrateur dont le poste est devenu vacant en cours de mandat est remplacé par un nouvel administrateur élu par la plus proche Assemblée Générale.

L'administrateur ainsi élu achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le Président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

A défaut, les dispositions de l'article L114-8 du code de la mutualité s'appliquent.

Section 2 - Réunions du Conseil d'Administration

Article 23 REUNIONS

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 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 Directeur Général 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 24 REPRESENTATION DES SALARIES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Conformément à l'article L.114-16 du Code de la Mutualité, dernier alinéa, et selon le nombre de salariés, un ou deux représentants du personnel de la mutuelle assistent avec voix consultative à toutes les séances du Conseil d'Administration.

Ils sont tenus au même devoir de réserve et de discrétion que tous les administrateurs.

Article 25 DELIBERATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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 est présente.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

Les administrateurs ne peuvent pas se faire représenter au Conseil d'Administration.

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

Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du Président et des autres membres du Bureau, sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur ainsi que sur la nomination ou la révocation du Directeur Général.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est soumis à l'approbation du Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

Section 3 - Attributions du Conseil d'Administration

Article 26 COMPETENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les instances de la Mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il arrête toutes mesures permettant à la Mutuelle d'être constamment en capacité de garantir les engagements qu'elle prend vis-à-vis des membres participants et de leurs ayants droit. Il fixe les principes directeurs que la Mutuelle se propose de suivre :

- en matière de placements,
- en matière de réassurance,

dans le cadre des règles générales définies par l'Assemblée Générale.

Il détermine également les orientations de la politique d'action sociale de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle. Il donne son autorisation à toute convention conclue avec un administrateur.

A la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit 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 constitue un groupe au sens de l'article L.211-10 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 aux dirigeants,
- 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.

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.211.10 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.

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

Conformément à l'article L.116-4 du Code de la Mutualité, il établit aussi chaque année un rapport qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visée aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la Mutualité ainsi que le rapport sur le contrôle interne.

Plus généralement, le Conseil d'Administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux Mutuelles.

Article 27 LES COMITES ET COMMISSIONS SPECIALISES

Outre le Comité d'Audit, dont la composition est fixée conformément aux articles L. 823-19 du Code de Commerce et L.114-17-1 du Code de la Mutualité, et le Comité des Placements, le Conseil d'Administration peut décider de la création de comités ou commissions spécifiques pour l'accomplir dans le cadre de ses missions.

Chaque comité ou commission est régi par son propre règlement.

Il peut également décider de la création de Comités d'Animation Mutualistes dont le rôle, les attributions et modalités de fonctionnement sont précisées au règlement intérieur.

Article 28 DELEGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

- Au Président

- A un ou plusieurs administrateurs
- A une ou plusieurs commissions ou comités.

Les délégations données par le Conseil d'Administration font l'objet d'une décision lors de chaque renouvellement du Conseil d'Administration. Elles sont annexées au procès-verbal de la réunion.

Par ailleurs, il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions ou délégations.

Article 29 DELEGATIONS AU DIRECTEUR GENERAL

Le Conseil d'Administration consent au Directeur Général, les délégations de pouvoir nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, et sous son contrôle, le fonctionnement de la Mutuelle.

Section 4 - Statut des administrateurs

Article 30 OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Les fonctions d'administrateur sont gratuites, conformément à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité.

Toutefois, la Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour ainsi que de garde d'enfants, selon les dispositions de l'article L.114-26 alinéa 6 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut également verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la Mutualité.

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.

Article 31 RESPONSABILITE

Conformément à l'article L.114-29 du Code de la Mutualité, la responsabilité des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la Mutuelle, l'Union ou la Fédération ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE III PRESIDENT ET BUREAU Election et missions du Président

Article 32 ELECTION ET REVOCATION

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Président qui est élu en qualité de personne physique.

Le Président est élu par les membres du Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit chaque Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

Il est rééligible.

Le Conseil d'Administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du Président.

Article 33 VACANCE

En cas de décès, de démission de ses fonctions ou de perte de la qualité de membre participant du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par ce dernier.

Article 34 MISSIONS

Le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Il informe, le cas échéant, 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 leur sont confiées.

Le Président convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour.

Il soumet à l'autorisation du Conseil d'Administration les conventions intervenant avec un administrateur.

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

Il engage les dépenses.

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

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

Bureau

Article 35 COMPOSITION ET ELECTION DU BUREAU

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un bureau au cours de la première réunion qui suit chaque Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration. Il en décide la composition et les missions.

CHAPITRE IV ORGANISATION FINANCIERE

Section 1 - Produits et charges

Article 36 - PRODUITS

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- Le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres participants et dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale,
- Les cotisations des membres participants,
- Les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- Les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- Les prestations de service,
- Plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités de la Mutuelle, autorisées par la loi.

Article 37- CHARGES

Les charges de la Mutuelle 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 prévu 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 Résolutions (A.C.P.R) pour l'exercice de ses missions,
- Plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités de la Mutuelle autorisées par la loi.

Article 38 FONDS SOCIAL

Un fonds social est institué dont le but est d'accorder, dans le cadre d'un budget déterminé annuellement par l'Assemblée Générale, des secours aux membres de la mutuelle qui en font la demande dans les conditions mentionnées au règlement intérieur.

Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds, règles de sécurité financière

Article 39 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 40 DUREE DE L'EXERCICE

L'exercice social commence le 1er janvier et finit le 31 décembre de chaque année.

Article 41 ADHESION AUX FEDERATIONS, UNIONS ET AU SYSTEME DE GARANTIE

La Mutuelle adhère :

- à la Fédération des Mutuelles de France
- à la Fédération Nationale de la Mutualité Française, par le biais de l'Union de Représentation des Mutuelles de France,
- au Système Fédéral de Garantie (S.F.G.) de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Et, le cas échéant, à toute autre union ou fédération régie par le Code de la Mutualité.

Article 42 COMMISSAIRE 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.822-18 du Code de Commerce.

Conformément à l'article L.283-3 du Code du 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.

Article 43 ADHESION A 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 prévus dans les Statuts et la convention d'affiliation du Groupe.

Section 3 - Fonds d'établissement et fonds de développement

Article 44 MONTANT DU FONDS D'ETABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de trois cent quatre-vingt-un mille cent euros (381.100 €).

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale.

Article 45 FONDS DE DEVELOPPEMENT

La Mutuelle peut constituer un fonds de développement destiné à lui procurer les éléments de solvabilité dont elle doit disposer pour satisfaire à la réglementation en vigueur.

TITRE III INFORMATION DES ADHERENTS

Article 46 ETENDUE DE L'INFORMATION

Chaque membre participant et honoraire reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste.

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.

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.

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.

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.

Article 47 SERVICE DE MEDIATION

La Mutuelle est dotée d'un service de médiation dit de « 1er niveau », dont le rôle est de tenter de trouver une solution en cas de litige entre un adhérent et la Mutuelle.

Ce n'est qu'après extinction des voies de recours internes, que le médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française peut être saisi.

Dans cette hypothèse, la demande de saisine du médiateur de la F.N.M.F doit être adressée à la Mutuelle, qui la transmet à la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

L'avis du médiateur ne préjuge pas du droit de l'adhérent à saisir la justice.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

Article 48 DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION DE LA MUTUELLE

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 14 des statuts.

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

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

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 14 des présents statuts.

Solimut Mutuelle de France RÈGLEMENT MUTUALISTE SANTÉ

Approuvés par l'Assemblée Générale du 2 octobre 2015

CERTIFIÉ CONFORME
Le Président
Serge JACQUET



Solimut
 **utuelle**
de France

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Solimut Mutuelle de France (ci-après « la Mutuelle »), ayant son siège social au 47, rue Maurice Flandin, 69003 Lyon, est une mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 383 143 617, membre fondateur de l'Union Mutualiste de Groupe Solimut Mutuelles de France, Union soumise aux dispositions du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirène sous le n°539.793.885.

Article 2 - OBJET DU RÈGLEMENT

Le présent règlement mutualiste a pour objet de définir les engagements réciproques entre la Mutuelle et ses adhérents qui ont souscrit à titre individuel une garantie de frais de santé. Les engagements entre la Mutuelle et les adhérents dans le cadre des opérations collectives sont définis dans les contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire correspondants ainsi que dans les notices d'information qui sont remises aux adhérents concernés.

Article 3 - DÉFINITION

Dans le présent règlement mutualiste, on entend par :

Adhérent : le membre participant qui adhère à la Mutuelle pour lui-même et ses ayants droit.

Ayant droit : Personne qui n'a pas signé de bulletin d'adhésion mais qui bénéficie des garanties de la Mutuelle en raison de ses liens avec un adhérent.

Assurance Maladie Obligatoire :

Régimes obligatoires français et monégasque couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Assurance Maladie Complémentaire : Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Auxiliaires Médicaux : Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes,... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Délai d'attente : Période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'assuré cotise. Elle commence à courir à compter de la date d'effet de l'adhésion à la complémentaire santé.

Garantie : Engagement de l'organisme d'assurance maladie complémentaire à assurer la prise en charge totale ou partielle des frais de santé à un niveau prévu à l'avance par des documents contractuels. Les garanties peuvent notamment concerner les frais liés à une hospitalisation (honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière...), les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes, les frais pharmaceutiques (médicaments et vaccins), les frais de biologie médicale (analyses), les actes médicaux et d'auxiliaires médicaux, les frais d'optique : montures, verres et lentilles, les frais de soins et de prothèses dentaires, les frais d'appareillage (audioprothèse, fauteuil roulant ...).

Prestations : Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou ses ayants-droit par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Ticket modérateur : C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire. La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

CHAPITRE 2 ADHÉSION

Article 4 - RISQUES COUVERTS

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire.

Article 5 - CONDITIONS D'ADHÉSION

5.1. MODALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

L'adhésion est annuelle et se renouvelle pour une année civile par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation selon les modalités définies à l'article 9.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et règlements. L'adhésion ou la réadhésion à la Mutuelle est subordonnée à un droit d'adhésion dont le montant est fixé à l'article 7 des statuts « Droits d'adhésion ».

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification de sa situation administrative ou familiale. Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

5.2. DROIT DE RENONCIATION

5.2.1 Vente à distance

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.121-28 du code de la consommation (si cette dernière date est postérieure à celle précitée)

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent.

L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-30 du code de la consommation.

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle devra lui rembourser conformément à l'article L.121-30 du code de la consommation, les cotisations versées, à l'exception de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

A l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délai, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

Le droit de renonciation est exercé par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CS 21 160 - 13782 Aubagne Cedex.

Cette lettre peut être rédigée selon le modèle suivant :

«Je soussigné(nom, prénom)...demeurant ... (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat santé n°... (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le auprès de Solimut Mutuelle de France + Adresse Date..... Signature de l'adhérent»

5.2.2 Démarchage à domicile

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de quatorze jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent.

L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du code de la consommation.

Le droit de renonciation est exercé par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CS 21 160 - 13782 Aubagne Cedex.

Cette lettre peut être rédigée selon le modèle suivant :

«Je soussigné(nom, prénom)...demeurant ... (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat santé n°... (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le auprès de Solimut Mutuelle de France + Adresse Date..... Signature de l'adhérent»

5.3. CAMPAGNES PROMOTIONNELLES D'ADHÉSION

Le bénéfice des campagnes promotionnelles d'adhésion est réservé aux personnes n'étant pas adhérent individuellement à la Mutuelle ou à celles ayant été radiées, à jour de cotisation, depuis plus de deux ans.

ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Sauf disposition particulière mentionnée sur le bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet le :

- 1^{er} jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion est signé entre le 1^{er} et le 15 dudit mois,
- 1^{er} jour du mois suivant si le bulletin d'adhésion est signé entre le 16 et la fin du mois en cours.

En cas de naissance d'un enfant, l'adhésion de cet enfant prend effet au premier jour du mois de sa naissance si l'adhérent communique à la Mutuelle l'information dans les trois mois suivant la naissance. A défaut, l'adhésion prend effet au premier jour du mois de la date de déclaration de l'enfant nouveau-né à la Mutuelle.

En cas d'adoption d'un enfant, l'adhésion de cet enfant prend effet au premier jour du mois où l'enfant est confié en vue d'adoption à la famille si l'adhérent communique à la Mutuelle l'information dans les trois premiers mois suivant l'adoption. A défaut, l'adhésion prend effet au premier jour du mois de la date de déclaration de l'enfant adopté à la Mutuelle.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE, DÉLAIS D'ATTENTE

7.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est ouvert à partir de la date d'effet de l'adhésion.

7.2. DÉLAIS D'ATTENTE

Par dérogation au point 7.1., il est appliqué un délai d'attente sur les prestations :

- d'une durée de 6 mois dans le cas suivant :
 - ✓ hospitalisation (hors maternité)
- d'une durée de 12 mois dans les cas suivants :
 - ✓ forfaits de cures thermales et d'hébergement.

L'application des délais d'attente ne remet pas en cause les obligations de prise en charge de la Mutuelle au titre du contrat responsable telles que fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

A ce titre, pour les contrats responsables, aucun délai d'attente ne sera appliqué aux dépenses liées à une hospitalisation visée à l'article R.87162 4°.

7.3. EXONÉRATION DE DÉLAIS D'ATTENTE

Les délais d'attente ne sont pas appliqués aux nouveaux adhérents pouvant justifier du bénéfice d'une complémentaire santé antérieure, avec une interruption maximale de deux mois entre la résiliation de l'ancienne couverture et l'adhésion à la Mutuelle. Cette justification est apportée sur présentation d'un certificat de radiation.

7.4. COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE (CMUC)

Dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, les conditions d'adhésion sont définies par la réglementation correspondante.

7.5. CHANGEMENT DE GARANTIE

L'adhérent ne peut demander un changement de sa garantie qu'à l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date d'effet de son adhésion, ou, le cas échéant, suivant la date d'effet du précédent changement de garantie.

Ceci ne fait pas obstacle à la faculté de l'adhérent de mettre fin à son adhésion conformément à l'article 9.1. de ce règlement.

En cas de changement de garantie, l'adhérent bénéficie des dispositions de sa garantie antérieure jusqu'à la date d'effet de la nouvelle garantie.

Le changement de garantie prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la signature de l'avenant.

Pour tout changement de garantie, l'adhérent a droit au montant des forfaits de sa nouvelle garantie déduction faite des forfaits consommés au cours de l'année civile au titre de son ancienne garantie.

ARTICLE 8 - CATÉGORIES D'AYANTS DROIT

Les ayants droit des garanties sont les personnes mentionnées sur le bulletin d'adhésion autres que l'adhérent et entrant dans une des catégories suivantes :

- le conjoint de l'adhérent légalement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestations : est assimilé au conjoint le concubin reconnu ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), sur présentation, selon le cas, d'une attestation sur l'honneur de vie commune ou de la copie du pacte civil de solidarité ;
- l'enfant légitime, naturel, reconnu, recueilli ou adopté de l'adhérent ou de son conjoint s'il est effectivement à la charge de l'adhérent ainsi que les enfants, non confiés à la garde de l'adhérent, mais pour lesquels est tenu judiciairement de verser une participation alimentaire.
- tout autre membre de la famille de l'adhérent ou de son conjoint à leur charge.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tout enfant jusqu'au 31 décembre de l'année de son 20ème anniversaire,
- tout enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 26ème anniversaire, qui poursuit ses études sur présentation d'un certificat de scolarité,
- tout enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 26ème anniversaire, en contrat d'apprentissage (apprentissage, professionnalisation, etc.,...) sur présentation d'un contrat en alternance,
- tout enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 26ème anniversaire, qui est demandeur d'emploi non indemnisé dès la fin de sa scolarité et qui est inscrit à Pôle emploi sur présentation de l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
- tout enfant atteint d'une infirmité, sans limite d'âge (selon la réglementation du régime de la Sécurité Sociale) telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunérée sur présentation d'une attestation d'invalidité.

ARTICLE 9 - RÉSILIATION DU CONTRAT OU RADIATION D'UN AYANT DROIT

9.1. RÉSILIATION DU CONTRAT OU RADIATION D'UN AYANT DROIT EN FIN D'ANNÉE

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant une lettre recommandée avant le 31 octobre de l'année.

La résiliation du contrat ou la radiation d'un des ayants droit prend effet le 31 décembre de l'année.

9.2. RÉSILIATION DU CONTRAT À TITRE EXCEPTIONNEL

A titre exceptionnel, il peut être mis fin à son adhésion en cours d'année, pour les cas mentionnés ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants :

Motifs de la demande de résiliation :

- Perte du régime d'assurance maladie obligatoire par l'adhérent,

Date d'effet de la résiliation :

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'évènement est survenu, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent la date de l'évènement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

Motifs de la demande de radiation :

- Attribution de la CMUC à l'adhérent

Date d'effet de la résiliation :

La résiliation prend effet à la date d'ouverture des droits à la CMUC, telle que figurant sur l'attestation de droit, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent cette date, et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

- Décès de l'adhérent

Date de prise d'effet de la résiliation :

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle.

La Mutuelle rembourse aux héritiers de l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

9.3. RADIATION À TITRE EXCEPTIONNEL D'UN AYANT DROIT

A titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut demander sa radiation en cours d'année pour les cas mentionnés ci-dessous :

Motifs de la demande de radiation :

- Perte du régime d'assurance maladie obligatoire par l'adhérent,

Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'évènement est survenu, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent l'évènement, et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

Motifs de la demande de radiation :

- Attribution de la CMUC à l'ayant droit.

Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet à la date d'ouverture des droits à la CMUC, telle que figurant sur l'attestation de droit, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent cette date, et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

Motifs de la demande de radiation :

- Décès de l'ayant droit

Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle.

- Divorce ou séparation

Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande sur justificatif.

CHAPITRE 3 COTISATIONS

ARTICLE 10 - DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Conformément à l'article L.112-1 du Code de la mutualité, le bénéfice des garanties et des services proposés par la Mutuelle est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle déterminée selon les critères du Code de la Mutualité notamment :

- la garantie choisie
- l'âge de chacun des bénéficiaires
- la composition familiale
- le régime de Sécurité Sociale d'affiliation
- le lieu de résidence

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année peut entraîner une modification du montant de la cotisation.

En cas de changement d'adresse, le nouveau montant de cotisation prend effet le premier jour du mois suivant la date à laquelle la mutuelle a été informée du changement.

A cette cotisation mutualiste H.T., s'ajoute le montant des taxes et contributions légales (TSCA, Taxe CMU,...) en vigueur, susceptibles d'évoluer en cours d'année en fonction des décisions réglementaires.

ARTICLE 11 - GRATUITÉ

La cotisation est gratuite pour les contrats dont la cotisation est établie par individu (adhérent ou ayant droit) composant la famille :

- pour le nouveau-né, jusqu'au dernier jour du mois précédant son premier anniversaire,
- pour l'enfant adopté, jusqu'au dernier jour du mois précédant le premier anniversaire de la date où l'enfant a été confié à la famille en vue de l'adoption,
- pour le 3ème enfant à charge et suivants.

La gratuité ne s'applique pas aux contrats individuels dont les cotisations sont calculées selon la composition familiale.

ARTICLE 12 - AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Conformément aux dispositions des articles L. 863-1 et suivants du code de la Sécurité Sociale, et de leurs textes d'application, les personnes à faible revenu peuvent bénéficier d'une aide au paiement de leur cotisation de complémentaire santé, sur décision prise par leur caisse d'assurance maladie. L'adhérent adresse à la Mutuelle l'attestation justificative pour lui et/ou ses ayants droit afin de pouvoir bénéficier de cette déduction de cotisation.

ARTICLE 13 - RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées par l'assemblée générale, ou par le conseil d'administration sur délégation donnée par l'assemblée générale, en fonction des résultats des risques gérés, de l'évolution prévisible des risques, des dépenses de santé et des modifications d'ordre législatif, réglementaire ou conventionnel. La modification est applicable à l'adhérent dès qu'elle lui a été notifiée.

ARTICLE 14 - PAIEMENT DES COTISATIONS

14.1. MODALITÉS DE RÈGLEMENTS

La cotisation est annuelle, payable d'avance en fonction de la garantie choisie. Elle est due au 1^{er} janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date de l'adhésion.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire, par carte bancaire, chèque ou mandat. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique), par trimestre ou par semestre.

14.2. INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit de mettre à la charge de l'adhérent :

- Les frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure)
- Les frais occasionnés en cas de rejet de prélèvement bancaire.

14.3. DÉFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut du paiement d'une cotisation, ou fraction de cotisation, due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure adressée à l'adhérent.

La Mutuelle a le droit de résilier au plus tôt la garantie 10 jours après la suspension du contrat définie ci-dessus.

Lors de l'envoi de la mise en demeure, l'adhérent est informé, que son contrat est susceptible d'être résilié dans les délais définis ci-dessus.

Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

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

14.4. RÉINTÉGRATION SUITE À DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour pouvoir être réintégré dans la Mutuelle, l'adhérent devra :

- adresser une demande de réintégration à la Mutuelle dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de radiation,
- régler l'arriéré de ses cotisations.

La réintégration a un effet rétroactif depuis la date de radiation.

En tout état de cause, l'adhérent devra s'acquitter des cotisations correspondant à la période de réintégration.

ARTICLE 15 - REMBOURSEMENT DE COTISATIONS

En cas de résiliation à titre exceptionnel, la part de cotisations correspondant au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglée.

Le remboursement éventuel des cotisations est soumis à l'obligation préalable de restitution de la ou des carte/s mutualiste/s de tiers-payant délivrée/s par la mutuelle.

CHAPITRE 4 PRESTATIONS GARANTIES

ARTICLE 16 - DÉFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

Un descriptif des garanties définissant les prestations assurées conformément au contrat choisi est remis à l'adhérent avec le présent règlement.

Les modifications des prestations garanties sont applicables de plein droit dès leur notification aux adhérents.

Les prestations de la Mutuelle sont versées en complément ou en supplément de l'assurance maladie obligatoire. Elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou sous forme de forfait en fonction de la garantie choisie. Elles peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'un plafonnement de remboursement.

Selon la garantie choisie, la Mutuelle peut également prendre en charge des prestations non remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

La Mutuelle peut proposer dans son offre des différences de niveaux de prestation notamment lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la Sécurité Sociale.

En aucun cas, la modification du taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ne pourra avoir pour effet de majorer automatiquement les remboursements de la mutuelle.

ARTICLE 17 - LIMITE DE REMBOURSEMENT

Dans tous les cas, les prestations sont limitées aux frais réels restant à la charge de l'adhérent après intervention de l'assurance maladie obligatoire et le cas échéant d'un autre organisme complémentaire.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la double limite des frais réels engagés et de chaque garantie.

ARTICLE 18 - REMBOURSEMENTS DE PRESTATIONS

18.1. MODALITÉS DE REMBOURSEMENT À L'ADHÉRENT

Les remboursements sont effectués par virement sur le compte indiqué par l'adhérent. La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement de l'assurance maladie obligatoire) est celle portée sur le document émis par l'assurance maladie obligatoire intervenant pour sa part. Dans le cas de prestations versées hors intervention de l'assurance maladie obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture, à défaut la date de facturation.

18.2. TIERS PAYANT

Les prestations garanties par la Mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels ou aux établissements de santé dans le cadre de la pratique du tiers payant.

Le tiers payant est effectué, pour les prestations suivantes :

- radiologie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux sur présentation au professionnel de santé de la carte mutualiste remise par la Mutuelle à ses adhérents,

- hospitalisation, dentaire et optique sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé.

La mutuelle se réserve le droit de poursuivre toute personne qui utiliserait frauduleusement la carte mutualiste.

L'usage frauduleux de la carte s'entend de l'utilisation par l'adhérent non à jour de cotisations ou à toute autre personne agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la Mutuelle.

En tout état de cause, l'adhérent doit immédiatement avertir les professionnels de santé lors d'un changement de garantie en cours d'année ou de la radiation de son contrat.

18.3. RECOURS À LA TÉLÉTRANSMISSION

Sauf refus de l'adhérent, les remboursements de la Mutuelle sont effectués au vu des informations transmises par l'assurance maladie obligatoire ou par les Professionnels de Santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques « Noemie ».

Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire.

A défaut d'application du procédé Noemie, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux voire scannés établis par l'assurance maladie obligatoire.

De manière générale, les pièces suivantes pourront être réclamées à l'adhérent, selon le type de prestations :

- l'original voire scanné de la facture nominative portant la mention « acquittée », le cachet et la signature du professionnel de santé,
- la prescription médicale
- l'original voire scanné du décompte de prestation délivré par tout autre organisme complémentaire.

ARTICLE 19 - PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'engage à informer la Mutuelle dans les plus brefs délais en cas de prestations indûment versées et à procéder à leur remboursement.

La Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée par toute voie de droit.

ARTICLE 20 - CONTRATS RESPONSABLES - OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE ET D'INFORMATION

Pour les contrats dits « responsables », la mutuelle respecte l'ensemble des obligations de prise en charge définies par l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale modifié par la loi du 8 août 2014 de financement rectificative de la Sécurité Sociale pour 2014 ainsi qu'aux articles R. 871-1 et R. 871-2 modifiés par le décret du 18 novembre 2014.

Ainsi, les obligations de prise en charge minimale et maximale définies par les textes en vigueur sont précisées au sein du tableau des prestations.

En tout état de cause, dans les conditions imposées à l'article R.871-2 du code de la Sécurité Sociale, la mutuelle couvre les dépenses liées à :

- L'intégralité du ticket modérateur ;
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier, facturé par les établissements de santé, sans limitation de durée.

En outre, la mutuelle communiquera le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties selon les modalités prévues par l'arrêté du 7 avril 2012.

ARTICLE 21 - CONTRATS RESPONSABLES - EXCLUSIONS DE PRISE EN CHARGE

Pour les garanties dites « responsables », la mutuelle ne couvre jamais les dépenses liées :

- à la participation forfaitaire des assurés sociaux instituée par l'article L. 322-2 II du code de la Sécurité Sociale,
- aux majorations du ticket modérateur applicable à l'assuré et résultant des articles L. 162-5-3 (assuré social qui n'a pas choisi de médecin traitant ou qui consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant) et L. 1111-15 du code de la santé (assuré social qui n'a pas accordé l'autorisation au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter),
- à la franchise annuelle prévue par l'article L. 322-2 III du code de la Sécurité Sociale,
- aux dépassements d'honoraires autorisés que peuvent pratiquer les médecins en application de l'article L. 162-5 18° du code de la Sécurité Sociale (consultation de certains spécialistes sans prescription préalable du médecin traitant),
- à tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.

ARTICLE 22 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

22.1. PRISES EN CHARGE DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Les séances d'ostéopathe, de chiropracteur, de diététicien, de pédicure podologue, de dermatologue, de masseur kinésithérapeute, de psychologue, de psychomotricien doivent être pratiquées par des professionnels de santé enregistrés sur le répertoire Adeli (système d'information national sur les professionnels de santé), ou sur le RPPS (répertoire partagé des professions de santé), pour être remboursées par la mutuelle selon la garantie souscrite.

22.2. ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SPÉCIALISÉS

Sont considérés comme établissements et services spécialisés : les maisons de convalescence de repos, de rééducation, les sanatoriums, les moyens et longs séjours, les maisons d'enfants à caractères sanitaires.

22.3. FORFAIT JOURNALIER

Le forfait journalier éventuellement pris en charge par la Mutuelle s'entend du forfait défini à l'article L 174-4 du Code de la Sécurité Sociale.

22.4. CHAMBRE PARTICULIÈRE

Le remboursement de la chambre particulière n'est accordé que pour les hospitalisations d'au moins une nuit (sauf convention particulière signée avec un établissement de santé).

22.5. CURES THERMALES NON REMBOURSÉES PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Si les cures sont justifiées par l'existence d'une pathologie ORL ou par la nécessité de bénéficier de soins de rhumatologie, elles sont prises en charge par la Mutuelle au titre du « forfait cure thermique » sous réserve d'un accord spécifique entre la Mutuelle et l'établissement thermal concerné.

22.6. FRAIS D'ACCOMPAGNANT OU D'ACCOMPAGNEMENT

Les frais d'accompagnant ou d'accompagnement sont les frais engagés (lit, plateau repas) par une personne accompagnante, dans un établissement de santé ou dans une maison des parents, dans le cadre de l'hospitalisation de l'adhérent ou d'un ayant droit.

Ces frais sont remboursés sur présentation du certificat d'hospitalisation et d'une facture acquittée de l'établissement au nom du bénéficiaire hospitalisé (adhérent ou ayant droit).

22.7. SOINS A L'ÉTRANGER

Le remboursement des soins effectués à l'étranger est assuré dans la limite de la garantie souscrite et sous réserve de la prise en charge préalable de l'assurance maladie obligatoire. Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

22.8. ACCOMPAGNEMENT AMIANTE

Les adhérents de la Mutuelle bénéficient d'un accompagnement dans leurs actions pour obtenir une indemnisation liée au problème de l'amiante (maladie professionnelle, frais de constitution et suivi du dossier Amiante).

Les adhérents s'engagent à verser à la Mutuelle, 3% du montant de l'indemnisation qui leur sera attribuée soit par le Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale (TASS) soit par le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), après déduction des honoraires des avocats. Ce montant est plafonné à 1500 euros.

Les non adhérents à la Mutuelle s'engagent à lui verser, 5% du montant de l'indemnisation qui leur sera attribuée soit par le Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale (TASS) soit par le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), après déduction des honoraires des avocats. Ce montant n'est pas plafonné.

CHAPITRE 5 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 23 : GARANTIES ÉLIGIBLES À LA PARTICIPATION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET DE LEURS ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Les garanties éligibles à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, au sens du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, respectent l'ensemble des principes de solidarité prévus par ledit décret.

En application de ces principes, il est rappelé que la cotisation afférente aux garanties éligibles est majorée d'un coefficient lorsque l'affiliation de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret susvisé, intervient plus de deux ans après la publication de celui-ci.

Ce coefficient de majoration est calculé selon les textes en vigueur, et tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation d'une collectivité territoriale ou d'un de ses établissements publics.

ARTICLE 24 : LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et le cas échéant, rectification des informations la concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège administratif à l'adresse suivante : Solimut Mutuelle de France, CS 31401 - 13785 Aubagne Cedex.

ARTICLE 25 : RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de contestation relative aux contrats souscrits, l'adhérent peut soumettre sa réclamation par écrit à son conseiller habituel ou au service relations adhérents à l'adresse suivante : Solimut Mutuelle de France, CS 21160 - 13782 Aubagne Cedex.

Si toutefois, après son intervention, la réclamation ou le litige n'était pas réglé, l'adhérent a la possibilité de s'adresser au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française sise 255, rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

Ce recours ne peut être présenté si une action contentieuse a déjà été engagée. La saisie du Médiateur interrompt la prescription. Le Médiateur rend un avis motivé dans un délai de 6 mois.

ARTICLE 26 : SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

ARTICLE 27 : PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement, notamment les demandes de remboursement de prestations, se prescrit par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, qu'à compter du jour où la mutuelle en a eu connaissance. En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription peut donner lieu à interruption conformément à l'article L.221-12 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 28 : FAUSSE DECLARATION

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, d'omission ou de déclaration inexacte par l'adhérent, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'adhérent peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

- En cas de mauvaise foi, la nullité de la garantie (L. 221-14 du Code de la Mutualité).
- Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, la réduction du montant des prestations garanties ou l'augmentation de la cotisation (L.221-115 du Code de la Mutualité).

ARTICLE 29 : AUTORITÉ DE CONTROLE

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sise 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 30 : LOI APPLICABLE

La loi applicable au présent règlement est la loi française.