

STATUTS et REGLEMENT MUTUALISTE

Approuvés par l'Assemblée Générale du 16 octobre 2012

LES STATUTS

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{ER}

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1^{ER} - DENOMINATION SIEGE

Une mutuelle interprofessionnelle, appelée MUTUELLE DE FRANCE PLUS, est établie 146 A avenue de Toulon - 13010 Marseille.

Elle est régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions de son Livre II.

Elle est immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren n° 782 814 818.

Le siège de la mutuelle peut être transféré en tout autre lieu du territoire national sur décision par l'assemblée générale.

ARTICLE 2 - OBJET

La mutuelle a pour objet :

- De participer à la gestion du Régime légal d'Assurance Maladie et Maternité en application de l'article L.611-3 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.
- De réaliser les opérations d'assurance suivantes :
 - Couvrir les risques de dommages corporels liés à un accident ou à une maladie (branche 1 et 2 - article R.211-2 du Code de la Mutualité) ;
 - Se substituer, à leurs demandes, à d'autres mutuelles conformément à l'article L.211-5 du Code de la Mutualité.

La mutuelle peut également accepter des opérations de réassurance, conformément aux articles L.111-1 et L.211-7 du Code de la Mutualité.

- De proposer aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, instituée par la Loi du 27 juillet 1999, les prestations prévues par la Loi.
- De mener une action de prévoyance, de solidarité, d'entraide et d'action sociale.
- D'accorder, à titre accessoire, dans le cadre d'une action sociale, des secours à des membres.
- De réaliser, à titre accessoire, des activités d'intermédiation d'assurance consistant à présenter, proposer ou aider à conclure des contrats d'assurance, ou à réaliser les travaux préparatoires à leur conclusion. La Mutuelle peut recourir à l'intermédiation et à la délégation de gestion dans les conditions fixées par la loi.
- D'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, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées dans les limites prévues au Chapitre III de l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.
- De 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.
- De conclure les conventions nécessaires pour l'accès des membres participants aux réalisations sanitaires, sociales et culturelles gérées par tout organisme mutualiste.

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

La Mutuelle peut s'affilier à une union mutualiste de groupe prévue par l'article L.111-4-2 du code de la mutualité.

ARTICLE 3 - REGLEMENT MUTUALISTE

Le règlement mutualiste adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle concernant les prestations et les cotisations.

Les adhérents s'engagent à respecter le règlement mutualiste.

CHAPITRE 2

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

ARTICLE 4 - MEMBRES

La mutuelle est constituée :

- de personnes physiques (membres participants) bénéficiant des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré,
- de membres honoraires qui sont soit :
 - des personnes physiques versant des cotisations, des contributions ou faisant des dons à la mutuelle sans bénéficier de ses prestations.
 - des personnes morales souscrivant des contrats collectifs au sens des dispositions de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité.

Peuvent adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

- En qualité de membre participant :
 - Etablir une demande d'adhésion,
 - Avoir la qualité d'assuré social.
- En qualité de membre honoraire :
 - Les personnes physiques élevées à la dignité de membre honoraire par le conseil d'administration de la mutuelle pour les services qui lui ont rendus.
 - Les personnes physiques qui acquittent la cotisation de membre honoraire sans bénéficier des prestations de la mutuelle.
 - Les personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

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

ARTICLE 5 - AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit d'un membre participant les personnes visées à l'article L.313-3 du Code de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 6 - ADHESION

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 4 et qui font acte d'adhésion par la signature d'un bulletin d'adhésion, ou par la souscription d'un contrat collectif par 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.

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

ARTICLE 7 - DROITS D'ADHESION

Lors de l'adhésion, chaque membre participant et honoraire paie un droit d'adhésion s'élevant à 15 euros.

ARTICLE 8 - 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.

ARTICLE 9 - RADIATION

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission dans les conditions fixées au règlement mutualiste et aux contrats collectifs.

Sont également radiés, dans les conditions fixées aux articles L.221-7 et L.221-8 du Code de la Mutualité, les membres qui n'ont pas payé leur cotisation.

ARTICLE 10 - EXCLUSION

Peuvent être exclus, dans les conditions fixées au règlement mutualiste et aux contrats collectifs, 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 conseil d'administration. Il est entendu sur les faits reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le conseil d'administration.

ARTICLE 11 - EFFETS DE LA DEMISSION, 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.

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{ER}

ASSEMBLEE GENERALE

ARTICLE 12 - SECTIONS DE VOTE

Les membres de la mutuelle sont répartis en sections de vote. L'étendue et la composition de ces sections sont fixées par le conseil d'administration selon le règlement intérieur.

ARTICLE 13 - COMPOSITION

L'assemblée générale est composée de délégués de sections de vote.

ARTICLE 14 - ELECTION DES DELEGUES

Les membres participants et honoraires de chaque section de vote élisent les délégués à l'assemblée générale. Les délégués sont élus pour 3 ans. Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret, par correspondance ou dans les agences au scrutin de listes bloquées majoritaires à un tour, sans panachage ni vote préférentiel. La perte de qualité de membre entraîne celle de délégué.

ARTICLE 15 - VACANCE EN COURS DE MANDAT D'UN DELEGUE

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section, il est procédé, avant la prochaine assemblée générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

ARTICLE 16 - NOMBRE DE DELEGUES

Chaque section de vote élit un délégué par tranche entière de 1 000 membres. Chaque délégué dispose d'une voix à l'assemblée générale.

ARTICLE 17 - CONVOCATIONS

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 statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 18 - AUTRES CONVOCATIONS

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- La majorité des administrateurs composant le conseil,
- Les commissaires aux comptes,
- L'Autorité de Contrôle Prudentiel, d'office ou à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- Les liquidateurs.

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

ARTICLE 19 - MODALITES DE CONVOCATION

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion. Si l'assemblée générale ne réunit pas le quorum prévu par la Loi, une deuxième assemblée générale peut être convoquée. Le délai entre la date de la convocation et la tenue de cette assemblée générale est d'au moins six jours. Les membres de l'assemblée générale doivent disposer des documents dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

ARTICLE 20 - ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Tout projet de résolution demandé cinq jours au moins avant l'assemblée générale par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au président, par le quart des délégués à l'assemblée générale, est obligatoirement inscrit à l'ordre du jour et soumis à l'assemblée générale. 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, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

ARTICLE 21 - IRREGULARITES

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

ARTICLE 22 - PROCES VERBAL

Il est établi un procès verbal de chaque réunion de l'assemblée générale signé du président.

ARTICLE 23 - ATTRIBUTION

Elle procède à l'élection à bulletin secret des membres du conseil d'administration et le cas échéant à leur révocation.

Elle statue sur :

- Les modifications des statuts,
- Les activités exercées,
- Le montant des droits d'adhésion,
- Les montants ou taux de cotisation,
- Les prestations offertes,
- Les règlements mutualistes et leurs modifications,
- L'adhésion à une union ou une fédération ou son retrait, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion, la scission ou la dissolution de la mutuelle ainsi que la création d'une autre mutuelle ou union,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de réassurance,
- L'émission de titres participatifs, subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,
- Le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le CA ainsi que les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- Le cas échéant, les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- Le cas échéant, le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité,
- Le cas échéant, le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre la mutuelle et un organisme relevant du Livre III du Code de la Mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code,
- L'allocation d'indemnités au Président et, le cas échéant, aux Administrateurs dans les conditions fixées à l'article L.114-26 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 51 Bis des statuts,
- Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'assemblée générale décide :

- La nomination des commissaires aux comptes,
- La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle,
- Les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.113-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 24 - DELEGATION DE POUVOIR

L'assemblée générale délègue au conseil d'administration le pouvoir de prendre les délibérations nécessaires à la modification des cotisations et des prestations de la mutuelle pour les adapter au nouveau dispositif de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application.

ARTICLE 25 - DELIBERATIONS NECESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITE RENFORCEE

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le montant des droits d'adhésion, les montants ou taux de cotisation, la délégation prévue à l'article 24, 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 ou représentés 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 délibère valablement si le nombre de délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du nombre total de délégués. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Le vote aura lieu à main levée sauf si la majorité simple des délégués souhaite s'exprimer à bulletin secret.

ARTICLE 26 - DELIBERATIONS NECESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITE SIMPLE

Lorsqu'elle se prononce sur des attributions autres que celles visées à l'article 25 ci-dessus, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés, est au moins au quart du nombre total de délégués. Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre total de délégués présents ou représentés. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Le vote aura lieu à main levée sauf si la majorité simple des délégués souhaite s'exprimer à bulletin secret.

ARTICLE 26 BIS - VOTE PAR PROCURATION

En cas d'impossibilité d'assister à l'assemblée générale, tout délégué peut s'y faire représenter par un autre membre de l'assemblée.

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. 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 25 des présents statuts et l'autre pour exercer les attributions visées à l'article 26.

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

ARTICLE 27 - APPLICATION DES DECISIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE

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 taux de cotisation ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues aux règlements mutualistes.

CHAPITRE 2 CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 28 - COMPOSITION

La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de 25 administrateurs.

Le Conseil d'Administration est composé pour deux tiers au moins de membres participants issus du collège individuel.

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.212-7 du code de la mutualité.

ARTICLE 29 - CONDITIONS D'ELIGIBILITE

Sont éligibles au Conseil d'Administration, les membres de la mutuelle qui satisfont simultanément aux conditions suivantes :

- Etre membre participant ou honoraire de la Mutuelle,
- Etre à jour de ses cotisations,
- Etre âgé de plus de dix-huit ans révolus,
- Ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois dernières années précédant l'élection,
- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

ARTICLE 30 - LIMITE D'AGE

Les membres du Conseil d'Administration doivent être âgés de soixante-dix ans au plus. Cette limite s'applique au deux tiers des membres du Conseil d'Administration.

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

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

ARTICLE 31 - MODALITES DE L'ELECTION

Les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletin secret, par l'assemblée générale, au scrutin plurinominal à la majorité simple.

ARTICLE 32 - DUREE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de 6 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.

Ils sont révocables à tout moment par l'assemblée générale.

Les administrateurs cessent leur fonction lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions fixées aux présents statuts, lorsqu'ils présentent leurs démissions ou sont révoqués.

ARTICLE 33 - RENOUVELLEMENT

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers 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 la réélection.

ARTICLE 34 - VACANCE

Lorsque le nombre d'administrateurs devient inférieur à dix du fait d'une ou plusieurs vacances, le Président du Conseil d'administration convoque une assemblée générale chargée de pourvoir les postes devenus vacants.

A défaut, les dispositions de l'article L.114-8 du code de la mutualité s'appliquent.

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou toute autre cause, d'un administrateur alors que le nombre d'administrateurs demeure égal ou supérieur à dix, le Conseil d'administration peut nommer un administrateur pour pourvoir au siège devenu vacant.

Cette nomination sera présentée à la ratification de la prochaine assemblée générale.

Si cette nomination n'était pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

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

ARTICLE 35 - REUNION

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins 4 fois par an.

Le président établit l'ordre du jour et le joint à la convocation.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart au moins des membres du conseil.

ARTICLE 36 - REPRESENTATION DES SALARIES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Un ou deux représentants des salariés assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration conformément à l'art. L.114-16 du Code.

Ils sont élus par les membres titulaires du CE à bulletin secret, au scrutin majoritaire à un tour.

ARTICLE 37 - DELIBERATIONS

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins des 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.

Le conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret 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 38 - ATTRIBUTIONS

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

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

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

Il est compétent pour délibérer en matière de réassurance dans le cadre des règles générales définies par l'assemblée générale.

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

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.

Il établit un rapport annuel moral qu'il soumet à l'assemblée générale.

Il approuve, au moins annuellement, un rapport sur le contrôle interne, conformément à l'article R.211-28 du Code de la Mutualité relatif à l'obligation de mettre en place un dispositif permanent de contrôle interne.

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

Il établit chaque année un rapport qui rend compte de ses activités d'intermédiation qu'il présente à l'assemblée générale.

ARTICLE 39 - DELEGATIONS

Le conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

ARTICLE 39 BIS- INDEMNITES

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à 1 administrateur, pour une mission déterminée et ponctuelle, dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du code de la mutualité.

CHAPITRE 3 PRESIDENT ET BUREAU

ARTICLE 40 - ELECTION DU BUREAU DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un bureau composé :

- Du Président du Conseil d'administration
- De 4 vice-présidents du Conseil d'administration
- D'un trésorier
- D'un trésorier adjoint
- D'un secrétaire général
- D'un secrétaire général adjoint
- De 1 à 5 membres supplémentaires.

Les membres du bureau y compris le président sont élus à bulletin secret pour 2 ans au scrutin uninominal à la majorité simple au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement. Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président ou d'un membre du bureau et procéder à son remplacement.

ARTICLE 41 - REUNIONS DU BUREAU

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 simple des membres présents.

ARTICLE 42 - TERME DU MANDAT DU PRESIDENT

En cas de décès, démission, révocation ou de perte de qualité d'adhérent du président, le vice-président ou, à défaut, l'administrateur le plus âgé assure la suppléance et convoque dans le délai maximum de 15 jours une réunion du Conseil d'administration afin d'élire un nouveau Président.

ARTICLE 43 - ATTRIBUTIONS DU PRESIDENT

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 dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du Livre VI du code monétaire et financier.

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

Il engage les dépenses.

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

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

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

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

ARTICLE 44 - ATTRIBUTIONS DES VICE-PRESIDENTS

Les vice-présidents secondent le président. Parmi eux, un vice-président le supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 45 - ATTRIBUTIONS DU TRESORIER

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.

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

ARTICLE 46 - ATTRIBUTIONS DU SECRETAIRE GENERAL

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des Procès verbaux et de la conservation des archives.

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

ARTICLE 47 - 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.

Les demandes de secours sont examinées par les commissions de secours mises en place dans chaque section.

CHAPITRE 4 ORGANISATION FINANCIERE

ARTICLE 48 - 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 49 - CHARGES

Les charges comprennent :

- Les diverses prestations servies aux membres participants
- Les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle
- les cotisations aux unions et fédérations

Plus généralement, toutes les autres charges non interdites par la loi

ARTICLE 50 - PAIEMENT DES DEPENSES

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 51 - FONDS D'ETABLISSEMENT

Le montant du fonds d'établissement s'élève à 381 100 euros.

ARTICLE 51 BIS - 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.

Ce fonds est alimenté par des emprunts contractés en vue de financer un plan d'amélioration de l'exploitation ou un plan de développement à moyen ou long terme.

ARTICLE 52 - ADHESION AUX UNIONS

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,
- à l'Union des Mutuelles de France Méditerranée,
- aux Unions de regroupement et aux groupements de livre III des territoires sur lesquels la Mutuelle dispose d'adhérents,
- à l'Union Nationale des Mutuelles de France des Travailleurs Indépendants,
- à l'Union des Mutuelles de France Santé Prévoyance.
- à l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (UNPMF),
- à l'Union des Mutuelles de Cheminots et des Personnels du Groupe SNCF,
- à l'Union Nationale des Mutuelles de la Santé,
- à l'Union Nationale des Mutuelles de Fonctionnaires Territoriaux,

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

CHAPITRE 5

LES SECTIONS MUTUALISTES

ARTICLE 53

Tous les membres de la mutuelle sont répartis en sections mutualistes. L'étendue et la composition des sections sont fixées par le Conseil d'administration de la Mutuelle selon les dispositions du règlement intérieur.

ARTICLE 54

Tous les membres d'une même section élisent leurs délégués de section qui participent à l'assemblée de section et à l'élection du conseil de section.

Les modalités de vote, l'assemblée de section et les règles d'administration de la section sont définies par le règlement intérieur.

ARTICLE 55

Le règlement intérieur de la section complète les statuts de la mutuelle notamment sur la composition, l'étendue et le fonctionnement de la section.

Le règlement intérieur est adopté par le Conseil d'administration de la mutuelle.

CHAPITRE 6

ADHESION A L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE MUTUELLES DE FRANCE

ARTICLE 56

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe dénommée « U M G Mutuelles de France », définie par les dispositions de l'article L.111-4-2 du code de la mutualité.

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

ARTICLE 57 – POUVOIRS CONFERES A L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE

Par l'effet de cette affiliation, 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.

TITRE III

DISSOLUTION VOLONTAIRE

ARTICLE 58

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 25 des statuts.

L'Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les administrateurs.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs. Les liquidateurs effectuent les opérations conformément aux dispositions de l'article L.212-14 du Code de la Mutualité.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 25 des statuts à d'autres organismes mutualistes ou au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes ou au Fonds de Garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

REGLEMENT MUTUALISTE

CHAPITRE 1

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 – RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Mutuelle de France Plus, organisme régi par le Code de la Mutualité ayant son siège social au 146 A, avenue de Toulon, 13010 Marseille est soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirène sous le n°782.814.818

ARTICLE 2 – OBJET DU REGLEMENT

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 : DEFINITION

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 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.

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

ADHESION

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'ADHESION

5.1. MODALITES D'ADHESION

L'adhésion à Mutuelle de France Plus résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. La garantie choisie (garantie de base) est la même pour l'adhérent et l'ensemble de ses ayants droit.

L'adhésion est annuelle et se renouvelle pour une année civile par tacite reconduction le 1er 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 ».

5.2. DROIT DE RETRACTATION

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

5.3. CAMPAGNES PROMOTIONNELLES

Le bénéfice des opérations ou campagnes promotionnelles 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'ADHESION

D'une manière générale, l'adhésion prend effet le :

- 1er jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion est signé entre le 1er et le 15 dudit mois,
- 1er 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, la date d'effet de l'adhésion de cet enfant correspond à sa date de naissance si l'adhérent communique à la Mutuelle l'information dans les deux 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, la date d'effet de l'adhésion de cet enfant correspond à la date où l'enfant est confié en vue d'adoption à la famille si l'adhérent communique à la Mutuelle l'information dans les deux 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, DELAIS 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. DELAIS 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 les cas suivants :
 - hospitalisation (hors maternité)
 - forfaits verres et montures
 - forfaits dentaires (prothèses et orthodontie)
- d'une durée de 10 mois dans les cas suivants :
 - maternité : hospitalisation et chambre particulière
- 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.

7.3. EXONERATION DE DELAIS 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 COMPLEMENTAIRE (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

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 1er jour du mois qui suit la demande

Si le changement entraîne une amélioration des remboursements, la nouvelle garantie s'exerce après application des délais d'attente sur les remboursements améliorés selon les dispositions de l'article 7.2.

Pour tout changement de garantie, l'adhérent a droit à l'issue des délais d'attente 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 - CATEGORIES 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 d'un adhérent, son concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité,
- ses enfants à charge ou ceux de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité,
- toute autre personne à sa charge.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tout enfant âgé de moins de 20 ans,
- tout enfant âgé de moins de 26 ans qui poursuit ses études sur présentation d'un certificat de scolarité,

- tout enfant âgé de moins de 26 ans en contrat d'alternance (apprentissage, professionnalisation, etc,...) et qui perçoit une rémunération inférieure ou égale à 80 % du Smic sur présentation d'un contrat d'apprentissage ou de formation en alternance,
- tout enfant âgé de moins de 26 ans qui est demandeur d'emploi 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.

Sous réserve de produire s'il y a lieu les justificatifs ci-dessus, l'enfant à charge est couvert jusqu'au 31 décembre de l'année de son 20ème anniversaire ou 26ème anniversaire.

ARTICLE 9 - RESILIATION DE LA GARANTIE, RADIATION D'UN AYANT DROIT

9.1. RESILIATION EN FIN D'ANNEE OU RADIATION D'UN DES AYANTS DROIT DE L'ADHERENT

L'adhérent peut mettre fin à la garantie 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. RESILIATION A TITRE EXCEPTIONNEL

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties 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 français par l'adhérent,
- Attribution de la CMU à l'adhérent.

Date d'effet de la résiliation :

La résiliation prend effet le dernier jour du mois suivant la survenance de l'évènement, 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.

- Décès de l'adhérent

Date de prise d'effet de la résiliation :

La résiliation prend effet le dernier jour du mois suivant la survenance du décès. 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 A TITRE EXCEPTIONNEL D'UN AYANT DROIT

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

Motifs de la demande de radiation :

- Perte du régime d'assurance obligatoire français de l'ayant droit,
- Attribution de la CMU à l'ayant droit.

Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet le dernier jour du mois suivant la survenance de l'évènement, 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 résiliation 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 résiliation prend effet le dernier jour du mois suivant la survenance du décès. 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 - DETERMINATION DES COTISATIONS

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 entraînera une modification du montant de la cotisation.

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 - GRATUITE

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'à son premier anniversaire,
- pour l'enfant adopté, gratuitement d'un an à compter du jour où il est confié à la famille en vue d'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 A LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Les personnes à faible revenu peuvent bénéficier d'une aide au paiement de leur cotisation de complémentaire santé. 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 - REVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont révisées, chaque année, par l'assemblée générale ou par délégation donnée au conseil d'administration 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. MODALITES DE REGLEMENT

La cotisation est annuelle, payable d'avance en fonction de la garantie choisie. Elle est due au 1er 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 ou postal, par carte bancaire, chèque ou mandat. Son paiement peut être fractionné par mois, par trimestre ou par semestre en fonction du mode de règlement choisi.

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. DEFAUT DE PAIEMENT

A 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 dans la mise en demeure à l'adhérent. 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. Lors de l'envoi de la mise en demeure, l'adhérent est informé, qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation, peut entraîner la résiliation de la couverture dans un délai supplémentaire de 10 jours.

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. REINTEGRATION SUITE A DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour pouvoir être réintégré dans la Mutuelle, l'adhérent doit au préalable régler l'arriéré de ses cotisations.

Le contrat radié pour défaut de paiement des cotisations peut reprendre ses effets dans un délai de six mois maximum suivant la date de radiation. Dans ce cas, la réintégration réactive le contrat depuis la date de radiation. L'adhérent s'acquitte alors de l'arriéré de cotisations et des cotisations correspondant à la période de réintégration.

ARTICLE 15 - REMBOURSEMENT DE COTISATIONS

En cas de résiliation à titre exceptionnel, la part de cotisation 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 - DEFINITION 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 propose dans son offre des prestations différenciées valorisant la fréquentation des Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes des structures de Livre III auxquels elle est adhérente. Ces avantages mutualistes doivent faire l'objet de définitions spécifiques par garantie et par Union de LIII. 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 limite de chaque garantie.

L'adhérent peut obtenir l'indemnisation dans la limite des frais engagés en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 18- REMBOURSEMENTS DE PRESTATIONS

18.1. MODALITES DE REMBOURSEMENT A L'ADHERENT

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 du régime obligatoire) est celle portée sur le document émis par le Régime Obligatoire intervenant pour sa part. Dans le cas de prestations versées hors intervention du Régime 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.

18.3. RECOURS A LA TELETRANSMISSION

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 au vu de l'original du décompte établi par l'assurance maladie obligatoire.

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

- l'original de la facture nominative (portant la mention « acquittée », le cachet et la signature du professionnel de santé),
- la prescription médicale
- l'original 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

Pour les garanties dites « 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 et ses textes d'application.

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. 161-36-2 (assuré social qui n'a pas accordé l'autorisation au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter) du code de la sécurité sociale,
- 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 hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

ARTICLE 22 - DISPOSITIONS SPECIFIQUES

22.1. PRISES EN CHARGE DES MEDECINES COMPLEMENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR LE REGIME 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. ETABLISSEMENTS ET SERVICES SPECIALISES

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 PARTICULIERE

Le remboursement de la chambre particulière n'est accordé que pour les hospitalisations d'au moins une nuit.

22.5. CURES THERMALES NON REMBOURSEES 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).

22.8. SOINS A L'ETRANGER

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.

22.9. ACCOMPAGNEMENT AMIANTE

Les adhérents de Mutuelle bénéficient d'un accompagnement dans leurs actions pour obtenir une indemnisation liée au problème de l'amiante.

Frais de constitution et suivi du dossier Amiante : Les adhérents bénéficiant du service «Accompagnement Amiante » s'engagent à verser à la Mutuelle une somme de 4,60 par tranche de 150 € d'indemnisation.

CHAPITRE 5 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 23 : GARANTIES ELIGIBLES A LA PARTICIPATION DES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET DE LEURS ETABLISSEMENTS 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 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 LIBERTES

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 de la mutuelle.

ARTICLE 25 : RECLAMATION ET MEDIATION

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 : CS 21 160 - 13782 Aubagne Cedex.

En cas de refus de faire droit à la réclamation, l'adhérent peut saisir le médiateur de la Mutualité Française par courrier à l'adresse suivante :

Médiateur de Fédération Nationale de la Mutualité Française - 255, rue de Vaugirard - 75015 Paris Cedex.

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.

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 : LOI APPLICABLE

La loi applicable au présent règlement est la loi française.