



MUTUELLES DE FRANCE



L'ÉCHANGE, L'ENTRAIDE, LA RÉCIPROCITÉ

# STATUTS

*Décembre 2008*

## SOMMAIRE

	pages
Titre I <sup>er</sup> : FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	
Chapitre I : Formation et objet de la mutuelle	2
Chapitre II : Conditions d'admission, de démission, de radiation, d'exclusion	3
Titre II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	
Chapitre I : Assemblée Générale	4
Chapitre II : Conseil d'Administration	6
Chapitre III : Président et Bureau	10
Chapitre IV : Organisation financière	12
Titre III : INFORMATION DES ADHÉRENTS	13
Titre IV : DISPOSITIONS DIVERSES	14
Titre V : ORGANISATION DES SECTIONS DE LA MUTUELLE	14

Titre I<sup>er</sup>  
**FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE**

Chapitre I<sup>er</sup>

**FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE**

**ARTICLE 1<sup>er</sup>. Dénomination de la mutuelle**

Il est constitué une mutuelle dénommée Mutuelle de France 04-05, qui est une personne morale de droit privé, à but non lucratif, régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions du Livre II dudit code. Elle est immatriculée au registre national des mutuelles sous le n° 782 416 127. Elle adhère à l'union de regroupement "Mutuelles de France Méditerranée".

**ARTICLE 2. Siège de la mutuelle**

Le siège de la mutuelle est situé à Sisteron : 16 avenue des Arcades - Boîte Postale N° 2 - 04201 Sisteron CEDEX.

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

**ARTICLE 3. Objet de la mutuelle**

La mutuelle a pour objet de mener, dans l'intérêt de ses membres et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par les présents statuts, contribuant ainsi au développement culturel, moral, intellectuel et physique de chacun de ses membres et, pour ce faire, de réaliser les opérations suivantes :

- couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie (branches 1 et 2),
- se substituer, à leur demande, à d'autres mutuelles, conformément à l'article L.211-5 du code de la mutualité,
- 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,
- conclure des conventions nécessaires pour l'accès des membres participants aux réalisations sanitaires, sociales et culturelles gérées par tout groupement mutualiste,
- mettre en œuvre, à titre accessoire, une action sociale dans les limites prévues au III de l'article L.111-1 du code de la mutualité,
- réassurer, à la demande des mutuelles, les engagements qu'elles ont contracté auprès de leurs membres.

**ARTICLE 4. Règlement intérieur**

Un règlement intérieur établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents s'engagent à le respecter au même titre que les statuts et règlements mutualistes.

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

**ARTICLE 5. Règlements mutualistes**

Des règlements mutualistes adoptés par l'assemblée générale sur propositions du conseil d'administration, définissent le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

**ARTICLE 6. Informatique et libertés**

Les informations recueillies dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée par le mandant.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une gestion pour compte de tiers à des fins commerciales.

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

Chapitre 2  
**CONDITIONS D'ADHESION, DE DÉMISSION, DE RADIATION, D'EXCLUSION**

**SECTION I  
ADHÉSION**

**ARTICLE 7. Membres et ayants droit**

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

Les membres participants sont les personnes physiques qui, en échange du paiement régulier de leur cotisation, bénéficient et/ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle.

Les membres honoraires sont, soit des personnes physiques qui paient une cotisation, font des dons ou ont rendu des services équivalents à la mutuelle, sans bénéficier de ses prestations, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Peut adhérer à la mutuelle toute personne ressortissant d'un régime obligatoire de protection sociale en vigueur sur le territoire français ou dans un État membre de l'Union européenne.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont le conjoint, le concubin, les enfants naturels ou légitimes, ou tout autre personne légalement à leur charge.

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

**ARTICLE 8. Adhésion**

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et qui font acte d'adhésion par la signature du bulletin d'adhésion ou 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, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par les règlements mutualistes.

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

**ARTICLE 9. Droit d'adhésion**

Lors de l'adhésion, chaque membre participant et honoraire paie un droit d'adhésion selon l'article 2 du règlement mutualiste II.

**SECTION II  
DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION**

**ARTICLE 10. Démission**

Sous réserve des modes de résiliation prévus par un contrat collectif et des dispositions de l'article L.221-17 du code de la mutualité, la démission est donnée par écrit dans les conditions fixées aux règlements mutualistes.

Elle entraîne la renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent, dans les conditions et formes prévues par les règlements mutualistes.

**ARTICLE 11. Radiation**

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission dans les conditions fixées aux règlements mutualistes.

Sont également radiés, dans les conditions fixées aux règlements mutualistes, les membres qui n'ont pas payé leur cotisation.

**ARTICLE 12. Exclusion**

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement préjudice aux intérêts de la mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle

convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le conseil d'administration.

**ARTICLE 13. Effets de la démission, de la radiation et de l'exclusion**

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies. La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

**ARTICLE 14. Réserve**

TITRE 2  
**ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE**

Chapitre 1  
**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**

SECTION I  
**COMPOSITION, ÉLECTIONS**

**ARTICLE 15. Sections de la mutuelle**

Tous les membres de la mutuelle sont répartis en sections.

L'étendue et/ou la composition des sections sont fixées par le conseil d'administration selon les dispositions prévues au règlement intérieur.

**ARTICLE 16. Composition de l'assemblée générale**

L'assemblée générale est composée des délégués des sections.

**ARTICLE 17. Élection des délégués**

Les membres de chaque section élisent parmi eux le ou les délégués à l'assemblée générale de la mutuelle. Les délégués sont élus pour un an.

Les élections des délégués ont lieu à bulletins secrets suivant le mode de scrutin uninominal à la majorité simple.

Il est procédé à l'élection des délégués en assemblée générale de sections.

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

**ARTICLE 18. Nombre de délégués**

Le nombre de délégués élu par chaque section est forfaitairement de trois, auxquels s'ajoute un délégué par tranche ou fraction de tranche de 250 membres. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

**ARTICLE 19. Délégués empêchés**

Le délégué empêché peut voter par procuration. Un délégué ne peut recueillir plus de deux procurations.

**ARTICLE 20. Disposition propre aux mineurs**

Les mineurs de plus de 16 ans ayant la qualité de membres participants exercent leur droit de vote à l'assemblée générale.

SECTION II  
**RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**

**ARTICLE 21. Convocation annuelle obligatoire**

Le président du conseil d'administration convoque l'assemblée générale. Il la réunit au moins une fois par an. À défaut, le président du Tribunal de grande instance statuant en référé peut, à la demande de tout

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

#### **ARTICLE 22. Autres convocations**

L'assemblée générale peut également être convoquée par

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

#### **ARTICLE 23. Modalités de convocation**

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours ouvrables au moins avant la date de sa réunion. Les membres composant l'assemblée générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

#### **ARTICLE 24. Ordre du jour**

L'ordre du jour de l'assemblée générale est fixé par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'assemblée générale par un quart au moins des délégués est obligatoirement soumise à l'assemblée générale.

L'assemblée délibère uniquement sur des questions inscrites à l'ordre du jour.

Elle peut, en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle 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 un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale signé par le président.

#### **ARTICLE 25. Compétences**

L'assemblée générale procède à l'élection à bulletins secrets 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,
- les activités exercées,
- le montant du fonds d'établissement
- l'existence et le montant des droits d'adhésion,
- les montants ou les taux de cotisations, les prestations,
- les règlements et leurs modifications,
- 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,
- l'émission de 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,
- 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 conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- le cas échéant, les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- le cas échéant, le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées mentionné 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,
- le rapport présenté par la commission de contrôle statutaire prévue à l'article 75 des présents statuts,

- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.
- 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 délégations de pouvoirs prévues à l'article 28 des présents statuts,
- 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 L.116-3 du code de la mutualité.

#### **ARTICLE 26. Modalités de vote**

Les votes ont lieu à main levée sauf disposition contraire ou exprimée par un quart au moins des délégués présents et représentés.

##### **26-1. Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés**

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le montant des droits d'adhésion, les montants ou taux de cotisations, la délégation de pouvoirs prévue à l'article 28 des présents statuts, 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, 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, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents et représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués. À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de délégués présents et représentés est au moins égal au quart du total des délégués. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

##### **26-2. Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité moindres**

Lorsqu'elle se prononce sur des attributions autres que celles visées au paragraphe ci-dessus, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents et représentés est au moins égal au quart du total des délégués. À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de délégués présents et représentés. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

#### **ARTICLE 27. Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale**

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses adhérents, sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au code de la mutualité.

Les modifications des montants ou taux de cotisations, ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues aux règlements mutualistes.

#### **ARTICLE 28. Délégation de pouvoir**

L'assemblée peut déléguer ses pouvoirs de détermination des montants ou taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation est valable pour un an seulement.

#### **ARTICLE 29. Réservé**

Chapitre 2  
**CONSEIL D'ADMINISTRATION**  
  
 SECTION I  
**COMPOSITION, ÉLECTIONS**

### **ARTICLE 30. Composition**

La mutuelle est administrée par un conseil composé de 10 administrateurs au moins et 20 administrateurs au plus.

Le conseil d'administration, composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

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

### **ARTICLE 31. Candidatures**

Les déclarations de candidature présentées par une section peuvent être recueillies jusqu'à l'ouverture des travaux de l'assemblée générale.

### **ARTICLE 32. Conditions d'éligibilité.**

Pour être éligibles au conseil d'administration, les membres doivent

- être âgés de 18 ans révolus,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salarié au sein de la mutuelle au cours des trois 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.

Le nombre d'administrateurs 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.

### **ARTICLE 33. Modalité de l'élection**

Les membres du conseil sont élus à bulletins secrets par l'ensemble des délégués de l'assemblée générale au scrutin uninominal à la majorité simple.

### **ARTICLE 34. Durée du mandat**

Les membres du conseil sont élus pour trois ans. 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 leur démission ou sont révoqués.

### **ARTICLE 35. Renouvellement**

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les 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 les membres seront soumis à réélection.

### **ARTICLE 36. Vacance**

Il est pourvu provisoirement par le conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par la prochaine assemblée générale. Si la nomination faite par le conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur ainsi désigné 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.

## SECTION II RÉUNIONS

### **ARTICLE 37. Réunions**

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins 3 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 38. Représentants des salariés**

Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

### **ARTICLE 39. Représentation du Comité d'Entreprise**

Deux délégués désignés par le Comité d'Entreprise assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

### **ARTICLE 40. Délibérations**

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

Le conseil d'administration vote obligatoirement à bulletins secrets pour l'élection des membres du bureau, ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

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

### **ARTICLE 41. Sanctions**

Les membres du conseil d'administration peuvent être révoqués par l'assemblée générale en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

### **ARTICLE 42. Réserve**

## SECTION III ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

### **ARTICLE 43. Compétences**

Le conseil d'administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

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

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

À 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, dans lequel il rend compte notamment des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion de contrat collectif conformément à l'article L.116-4 du code de la mutualité.

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

Le conseil d'administration élit les représentants de la mutuelle dans les instances dirigeantes des organismes auxquels elle adhère.

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

#### **ARTICLE 44. Délégations**

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

Le conseil peut consentir au directeur 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.

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

### SECTION IV STATUT DES ADMINISTRATEURS

#### **ARTICLE 45. Indemnités versées**

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du code de la mutualité.

#### **ARTICLE 46. Remboursement de frais**

La mutuelle rembourse sur justificatifs aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants liés à leurs fonctions.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées à l'article L.114-26 du code de la mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

#### **ARTICLE 47. Interdictions**

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toute rémunération ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du code de la mutualité.

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

Les anciens membres du conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat. Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

#### **ARTICLE 48. Obligations**

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

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateur 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 49. Conventions réglementées, soumises à autorisation préalable du conseil d'administration**

Sous réserve des dispositions de l'article 50 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration.

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

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité.

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

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du code de la mutualité.

#### **ARTICLE 50. Conventions courantes autorisées**

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs, telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité, sont communiquées par ce dernier au président du conseil d'administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le président aux membres du conseil d'administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'assemblée générale dans les conditions de l'article L.114-33 du code de la mutualité.

#### **ARTICLE 51. Conventions interdites**

Il est interdit aux administrateurs de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert ainsi que de se faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers des tiers. Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque l'administrateur peut en bénéficier aux mêmes conditions que celles offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions de prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs.

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

#### **ARTICLE 52. Obligations de l'administrateur**

L'administrateur intéressé est tenu d'informer le conseil d'administration de la mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention à laquelle l'article 49 est applicable.

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

L'administrateur informe le président du conseil d'administration de toute convention en application de l'article 50 ainsi que de toute modification intervenant dans les mandats qu'il exerce au sein d'organismes mutualistes et ayant fait l'objet d'une déclaration lors de sa candidature.

#### **ARTICLE 53. Responsabilité**

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

#### **ARTICLE 54. Réserve**

### Chapitre 3 **PRÉSIDENT ET BUREAU**

#### SECTION I **ÉLECTIONS, COMPOSITION, RÉUNIONS DU BUREAU**

#### **ARTICLE 55. Composition, élections**

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

- un président, un vice-président,
- un secrétaire, un secrétaire adjoint
- un trésorier, un trésorier adjoint.

Le bureau est élu à bulletins secrets pour 1 an par le conseil d'administration 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 d'un membre du bureau et procéder à son remplacement.

#### **ARTICLE 56. Réunions et délibérations**

Le bureau se réunit sur convocation du président. Il ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

#### **ARTICLE 57. Représentation du comité d'entreprise**

L'un des deux délégués désignés par le comité d'entreprise assiste avec voix consultative aux réunions du bureau.

#### **ARTICLE 58. Terme du mandat de président**

Le conseil d'administration peut à tout moment révoquer le président.

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 d'un mois une réunion du conseil d'administration afin d'élire un nouveau président.

#### **ARTICLE 59. Réserve**

### SECTION II ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU

#### **ARTICLE 60. Attributions du président**

Le président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile, sur mandat du conseil d'administration. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Il convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il organise et dirige ses travaux dont il rend compte à l'assemblée générale.

Il informe le conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L.510-8 et L.510-10 du code de la mutualité.

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

Il engage les dépenses.

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

Il 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 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 à leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

#### **ARTICLE 61. Attributions du vice-président**

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

#### **ARTICLE 62. Attributions du secrétaire**

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

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

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

### **ARTICLE 63. Attributions du trésorier**

Le trésorier effectue les opérations financières de la mutuelle et veille au suivi et à la tenue de la comptabilité.

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

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

- les comptes annuels et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport relatif aux flux financiers avec d'autres organismes mutualistes,
- les éléments nécessaires aux rapports de gestion et de solvabilité.

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

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

### **ARTICLE 64. Réserve**

#### Chapitre 4

### **ORGANISATION FINANCIÈRE**

#### SECTION I.

### **PRODUITS ET CHARGES**

### **ARTICLE 65. Produits**

Les produits de la mutuelle comprennent :

- 1°-les droits d'adhésion et les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- 2°-les dons, legs mobiliers et immobiliers et subventions,
- 3°-les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- 4°-plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes et non interdites par la loi.

### **ARTICLE 66. Charges**

Les charges comprennent :

- 1°-les diverses prestations servies aux membres participants,
- 2°-les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
- 3°- les cotisations aux unions et fédérations,
- 4°-la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination
- 5°-les versements au système fédéral de garantie et/ou au fonds de garantie
- 6°-la redevance prévue à l'article L.951-1, 2° du code de la Sécurité sociale et affectée aux ressources de l'ACAM pour l'exercice de ses missions,
- 7°-plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités du groupement et non interdites par la loi.

### **ARTICLE 67. Paiement des dépenses**

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

### **ARTICLE 68. Apports et transferts financiers**

En cas de création de mutuelles définies à l'article L.111-3 ou d'unions définies à l'article L.111-4 du code de la mutualité, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

#### SECTION II

### **MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS. RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE**

#### **ARTICLE 69. Fonds d'établissement**

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 228 600 €.

#### **ARTICLE 70. Marge de solvabilité**

Le montant de la marge de solvabilité est conforme aux dispositions prévues par l'article R. 212-12 du décret 2004-486 du 28-05-2004.

#### **ARTICLE 71. Fonds de garantie**

Le montant du fonds de garantie est conforme aux dispositions prévues par l'article R. 212-13 du décret 2004-486 du 28-05-2004.

#### **ARTICLE 72. Réserve**

#### **ARTICLE 73. Système fédéral de garantie**

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

### SECTION III COMMISSION DE CONTRÔLE ET COMMISSAIRES AUX COMPTES

#### **ARTICLE 74. Commissaires aux comptes**

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

Le président convoque le commissaire aux comptes à toutes les assemblées générales.

Le commissaire aux comptes

- certifie le rapport établi par le conseil d'administration et présenté à l'assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- certifie les comptes annuels et le cas échéant les comptes consolidés ou combinés établis par le conseil d'administration,
- prend connaissance de l'avis donné par le président du conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du code de la mutualité,
- établit et présente à l'assemblée générale le rapport spécial relatif aux conventions réglementées mentionné à l'article L.114-34 du code de la mutualité,
- fournit, à la demande de la commission de contrôle des mutuelles, tout renseignement,
- signale sans délai à la commission, tout fait et décision mentionné à l'article L.510-6 du code de la mutualité dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du conseil d'administration et de la commission de contrôle les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions,
- signale dans son rapport annuel les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il aurait relevées au cours de l'accomplissement de sa mission,
- joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du code de la mutualité,
- plus généralement, effectue toutes les opérations entrant dans le cadre de ses attributions.

#### **ARTICLE 75. Commission de contrôle**

Une commission de contrôle est élue à bulletins secrets tous les ans par l'assemblée générale parmi les membres de la mutuelle non administrateurs. Elle est composée de 3 à 6 membres ; elle se réunit au moins une fois par an.

Elle vérifie la régularité des opérations comptables, contrôle la tenue de la comptabilité, la caisse et le portefeuille. Les résultats de ses travaux sont consignés dans un rapport écrit communiqué au président du conseil d'administration avant l'assemblée générale et présentés à celle-ci.

Ce rapport est annexé au procès-verbal de la délibération de l'Assemblée.

Les deux représentants du comité d'entreprise au conseil d'administration de la mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions de la commission de contrôle statutaire.

TITRE 3  
**INFORMATION DES ADHÉRENTS**

**ARTICLE 76**

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes. Les modifications statutaires sont portées à sa connaissance.

Il est informé :

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

TITRE 4  
**DISPOSITIONS DIVERSES**

**ARTICLE 77. Dissolution et liquidation**

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 24-1 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 24-1 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.

**ARTICLE 78. Fonds de secours**

Il est constitué, dans les comptes de la mutuelle, un fonds de secours destiné à venir en aide aux adhérents et à leur famille à l'occasion d'événements exceptionnels liés à la maladie.

Ce fonds est alimenté à partir des capitaux propres non affectés à la couverture des engagements mutualistes. Son montant est fixé par le conseil d'administration.

**ARTICLE 79. Interprétation**

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

TITRE 5  
**ORGANISATION DES SECTIONS DE LA MUTUELLE**

**ARTICLE 80. Création et composition des sections**

Les membres de la mutuelle sont répartis en sections groupant chacune les membres participants et honoraires appartenant à une entreprise, à une branche d'activité ou à un secteur géographique. Ces sections sont instituées par décision du conseil d'administration selon les modalités prévues au règlement intérieur.

**ARTICLE 81. Commission de gestion**

Chaque section est administrée par une commission de gestion à laquelle le conseil d'administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs selon les modalités déterminées par le règlement intérieur.

**ARTICLE 82. Fonctionnement**

Le règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement de ces sections.

# MUTUELLE DE FRANCE 04-05

Soumise au livre II du code de la Mutualité.  
Inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 782 416 127

## RÈGLEMENT INTÉRIEUR

### Article 1 : Création des sections

Les sections suivantes sont créées conformément à l'article 15 des statuts :

- section de Manosque,
- section de Digne/Sisteron,
- section des Hautes-Alpes,

Chaque section est administrée par une commission de gestion.

### Article 2 : Rôle de la section

La section contribue à la prise des décisions de politique générale à travers ses délégués à l'assemblée générale de la mutuelle.

Elle anime et dirige une activité mutualiste locale dans tous les domaines relevant de sa compétence.

Elle a pour mission de contribuer au développement de la mutualisation, d'animer des actions de prévention et d'intervention sur des questions sociales et de santé, de faire à la mutuelle des préconisations en matière d'offre mutualiste.

La section communique annuellement un bilan de son activité à la mutuelle.

### Article 3 : L'assemblée générale de la section

L'assemblée générale de la section est composée des membres participants de la section.

Elle se réunit au moins une fois par an sur convocation du président de la commission de gestion.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée :

- soit par écrit par le quart au moins des membres de la section,
- soit par la majorité des membres composant la commission de gestion.

En cas d'urgence, l'assemblée générale de la section peut être convoquée par le président de la mutuelle.

L'assemblée générale de la section doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

L'ordre du jour est fixé par la commission de gestion de la section à la majorité de ses membres. Il doit être joint aux convocations.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière. A cet effet, la convocation adressée aux membres indique les questions sur lesquelles ils sont invités à se prononcer.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale de la section.

L'assemblée générale délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

L'assemblée générale de la section donne son avis sur le niveau des cotisations et des prestations proposées par le conseil d'administration de la mutuelle. Les avis des différentes sections sont examinés par le conseil d'administration de la mutuelle.

Elle élit les délégués à l'assemblée générale de la Mutuelle selon les dispositions prévues aux articles 17 et 18 des statuts.

#### Article 4 : La commission de gestion

La commission de gestion de la section est élue par le conseil d'administration de la mutuelle.

Elle est présidée par le président de la mutuelle ou son délégué choisi parmi les membres de ladite commission qui élit parmi ses membres un secrétaire.

La commission de gestion de chaque section peut proposer des candidatures pour le conseil d'administration et la commission de contrôle de la mutuelle.

La mutuelle rembourse sur justificatifs aux membres de la commission de gestion les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions fixées à l'article 46 des statuts.

# MUTUELLE DE FRANCE 04-05

Soumise au livre II du code de la Mutualité.  
Inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 782 416 127

## RÈGLEMENT MUTUALISTE 1

Le présent règlement, régi par le code de la Mutualité et par les dispositions statutaires, fixe les rapports entre la mutuelle et ses adhérents. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM).

### ARTICLE 1.OBJET

Le membre participant et ses ayants droit, tels que définis à l'article 7 des statuts de la mutuelle, bénéficient en adhérant à la mutuelle d'un régime de couverture de dommages corporels liés à la maladie tel que défini par le Code de la mutualité et des prestations prévues par la garantie choisie.

Le membre honoraire, tel que défini à l'article 7 des statuts de la mutuelle, ne peut prétendre en adhérant à la mutuelle au bénéfice des prestations.

### ARTICLE 2. ADHESION

Conformément à l'article 8 des statuts, toute personne souhaitant adhérer en tant que membre participant reçoit un bulletin d'adhésion, les statuts de la mutuelle, le présent règlement et son projet de contrat. Au bulletin d'adhésion rempli et signé, sont joints une photocopie de la carte d'affiliation aux régimes obligatoires du membre participant et de chacun de ses ayants droit, un relevé d'identité bancaire ou postal et, éventuellement, un certificat de radiation de la mutuelle à laquelle il adhérerait précédemment.

L'adhésion prend effet dès cette signature, sous réserve du délai fixé par décret en Conseil d'Etat (article L.221-4 du Code de la mutualité).

### ARTICLE 3. PERSONNES COUVERTES

Sont couverts par la mutuelle les assurés sociaux, leur conjoint, leur concubin, leurs enfants à charge et leurs ayants droit appréciés suivant les dispositions des régimes obligatoires (article 7 des statuts).

Les ayants droit attachés à un membre participant bénéficient de la même garantie que celui-ci.

### ARTICLE 4. COTISATIONS

Les cotisations sont établies par année civile et payables d'avance.

#### **Une facilité de paiement peut être accordée par fractionnement de ce montant :**

- Par mois ou par trimestre, par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal du membre participant à terme à échoir,
- Par trimestre pour tout autre mode de paiement.

**Les cotisations sont fonction de :**

- L'âge,
- La composition familiale,
- L'âge lors de l'adhésion,
- La garantie complémentaire choisie,
- En cas de contrat collectif, des termes de ce contrat.

**Les cotisations sont réactualisées en fonction des éléments suivants :**

- Evolution des dépenses de santé enregistrées par la mutuelle au cours de l'année civile écoulée.
- Lorsque le cadre d'intervention et les règles de gestion de la mutuelle se trouvent modifiés à la suite de nouvelles dispositions législatives et réglementaires.
- Lorsque le risque se trouve aggravé par une cause extérieure ou par de nouvelles dispositions conventionnelles modifiant les prestations du régime obligatoire.
- Pour tous autres motifs valablement adoptés par l'assemblée générale.

Un appel de cotisation présentant les cotisations de l'année à venir est envoyé avant la fin de chaque année civile.

**ARTICLE 5. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

A défaut de paiement de la cotisation dans les quinze jours de l'engagement prévu au bulletin d'adhésion, une mise en demeure informe le membre participant que le non-paiement dans les trente jours entraînera la suspension de la garantie. Dix jours après ce terme, si les arriérés n'ont pas été réglés, la garantie se trouvera résiliée, le solde des cotisations et les frais restant exigibles. En outre, la mutuelle peut demander en justice l'exécution de l'engagement contractuel. La radiation du membre participant entraîne celle de ses ayants droit.

**ARTICLE 6. DEFAUT DE PAIEMENT DES PRESTATIONS**

A défaut de paiement des prestations par la mutuelle, sauf cas de force majeure, et trente jours après une mise en demeure par pli recommandé, le membre participant pourra résilier le contrat et engager des poursuites pour réparer le préjudice subi.

**ARTICLE 7. CHANGEMENT DE GARANTIES**

Les demandes de révision doivent être opérées par lettre recommandée, sous préavis de deux mois, soit avant le 31 octobre de chaque année. Le membre participant peut également demander à changer de garantie en cours d'année en cas de modification de sa situation familiale, professionnelle ou de couverture maladie obligatoire. Dans tous les cas, le membre participant devra signer un avenant à son contrat. Le changement de garantie est obligatoirement étendu à tous les ayants droit du membre participant.

**ARTICLE 8. DUREE ET EFFET DE LA GARANTIE**

Lors de l'adhésion, la date d'effet de la garantie est choisie par le membre participant. Elle ne peut être antérieure à la date d'adhésion. La garantie est renouvelable annuellement, par tacite reconduction, sauf demande de révision ou dénonciation par l'une des parties, selon les modalités de l'article 7.

En application de la Loi Châtel N°2005-67 du 28 janvier 2005 : « Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste. ».

## **ARTICLE 9. DEMISSION, RESILIATION**

Conformément à l'article 10 des statuts de la mutuelle, le membre participant peut demander la résiliation par lettre recommandée avant le 31 octobre de chaque année. La résiliation ne peut prendre effet que si la totalité de la cotisation due a bien été acquittée. Il peut demander la résiliation en cours d'année en cas de changement de département, de situation professionnelle ou s'il dépend d'un contrat de groupe à adhésion obligatoire. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

## **ARTICLE 10. SUBROGATION, RECOURS**

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

## **ARTICLE 11. OBLIGATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT**

Le membre participant s'oblige à indiquer, pour chaque personne à garantir, l'état civil, l'adresse, le régime obligatoire, les coordonnées bancaires et à transmettre immédiatement à la mutuelle toute modification de ces éléments et de tout événement modifiant la composition de sa famille.

Il peut, à tout moment, demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait aux fichiers de la mutuelle.

## **ARTICLE 12. CESSATION DES GARANTIES**

**Les garanties énumérées à l'article 16 du présent règlement cessent pour le membre participant et ses ayants droit dans les cas suivants :**

- A la date d'effet de la radiation lorsque le membre participant ou ses ayants droit ne répondent plus aux conditions pour faire partie de la mutuelle tels que définis à l'article 3 du présent règlement, sauf pour les soins antérieurs au changement de situation ;
- Pour non-paiement des cotisations conformément à l'article 5 du présent règlement ;
- En cas de démission, résiliation conformément à l'article 9 du présent règlement.

## **ARTICLE 13. PRESTATIONS**

**Les conditions à remplir pour percevoir les prestations et bénéficier des avantages de la mutuelle sont :**

- Etre assuré social (droits ouverts) ;
- Etre à jour de ses cotisations ;
- Ne pas être en période de carence à la date du début des soins ou de toute autre prestation demandée.

### **13-1 : FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS D'HOSPITALISATION**

**Le malade ou son représentant, devra se présenter au siège de la mutuelle muni des pièces suivantes :**

- un certificat médical ;
- les documents correspondant à l'ouverture des droits Sécurité sociale, régime obligatoire ;
- la prise en charge délivrée par l'organisme de base.

La mutuelle se réserve le droit de refuser les bons de prise en charge aux mutualistes non en règle avec leur organisme de base ou non à jour de leurs cotisations mutualistes.

### **13-2 : DÉLAI DE CARENCE**

#### **Le droit aux prestations est ouvert dès l'adhésion :**

- Aux membres participants qui adhèrent à moins de 27 ans ;
- A ceux qui viennent d'une autre mutuelle ;
- Pour les garanties « Entreprises », CMU et CMU + ;
- Dans les réalisations sanitaires et sociales de la mutuelle.

#### **Pour les membres participants qui adhèrent entre 27 et 55 ans, le droit aux prestations est ouvert :**

- dans un délai de trois mois pour les soins médicaux, les forfaits, l'hospitalisation. Pas de délai pour les actes obligatoires du contrat responsable (médecin, pharmacie à 65%, radiologie, laboratoire et actes de prévention prévus par l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale),
- dans un délai de douze mois pour la chambre particulière en maternité, le forfait obstétrique et les allocations ;

Pour les membres participants qui adhèrent à partir de 56 ans, le droit aux prestations est ouvert :

- dans un délai de six mois pour les soins médicaux, les forfaits et l'hospitalisation. Pas de délai pour les actes obligatoires du contrat responsable (médecin, pharmacie à 65%, radiologie, laboratoire et actes de prévention prévus par l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale),
- dans un délai de douze mois pour les allocations.

Le délai de carence peut être partiellement ou entièrement suspendu sur décision du conseil d'administration de la mutuelle.

Il est supprimé en cas de mutation d'une complémentaire santé pour les mêmes garanties, sur présentation d'un certificat de radiation dans les trois mois et à condition qu'il n'y ait pas d'interruption dans le paiement des cotisations.

### **13-3 : OBJETS ET LIMITES DES PRESTATIONS**

Les prestations prévues sont servies conformément à la garantie choisie dans le contrat.

Ces prestations ont pour objet principal de compléter les remboursements des frais médicaux et chirurgicaux effectués par l'organisme obligatoire, sur la base des taux et tarifs conventionnels en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée et des nomenclatures générales. Les frais qui ne seraient pas pris en charge par l'organisme obligatoire ne donneront lieu à aucun remboursement sauf, le cas échéant, pour certaines prestations déterminées par la garantie choisie et sous réserve d'acceptation par la mutuelle d'un devis ou de tout autre document de même nature. En aucun cas les prestations servies en application de ladite garantie ne pourront, en s'ajoutant à celles de même nature qui seraient servies par l'organisme obligatoire, permettre à l'intéressé de recevoir des sommes supérieures à la dépense réellement engagée.

### **13-4 : TIERS PAYANT**

Les prestations garanties par la mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels de santé dans le cadre de la pratique du tiers payant. S'il veut bénéficier de ce service, le membre participant ou son ayant droit devra présenter au professionnel sa carte mutualiste à jour des cotisations.

En cas de rupture de contrat, la carte mutualiste sera restituée à la Mutuelle.

### **13-5 : VERSEMENT DES PRESTATIONS**

#### **Les prestations garanties par la mutuelle seront versées par virement bancaire aux intéressés :**

- Après récupération par la mutuelle de l'information électronique auprès de l'organisme obligatoire ;

- Sur production du décompte des prestations en nature établi par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie ;
- Eventuellement, sur présentation de toute autre pièce justificative (note d'honoraires, facture...).

Seuls les documents originaux sont acceptés. Ils ne peuvent en aucun cas être restitués.

Seuls seront pris en charge les frais médicaux ou chirurgicaux effectués postérieurement à la date d'adhésion à la mutuelle du membre participant ou de l'ayant droit concerné, sur le territoire de l'Union Européenne, dans les DOM TOM et en Principauté de Monaco. Les frais médicaux effectués dans tout autre pays sont soumis à entente préalable de la mutuelle et à accord de l'organisme obligatoire.

Les demandes de prestations accompagnées des justificatifs devront, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximal d'un an à compter de la date du traitement du dossier par le régime obligatoire. Pour les forfaits, le délai est de douze mois à compter de l'événement.

Toute réclamation relative aux remboursements doit, d'une part être accompagnée des justificatifs transmis par la mutuelle et, d'autre part, être formulée dans un délai de deux mois maximum après la date d'édition desdits justificatifs. Après résiliation de la garantie pour quelque motif que ce soit, les demandes de prestations accompagnées des justificatifs devront, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de deux mois à compter du traitement par le régime obligatoire. Un décompte mensuel ou bimestriel récapitulatif des prestations versées est adressé au membre participant.

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

#### **ARTICLE 14. BASE ET TAUX DE REMBOURSEMENTS**

Les prestations présentées dans la garantie sont exprimées en pourcentage du tarif conventionnel du régime obligatoire et tiennent compte du ticket modérateur en vigueur au jour de la date d'effet de l'adhésion.

Aucune modification des taux de remboursement du régime obligatoire postérieure à cette date n'est susceptible de faire varier en valeur absolue la garantie de la mutuelle.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale,
- Les majorations de participation visées aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code,
- Les dépassements d'honoraires sur les actes et les consultations visés au 18 ° de l'article L.162-5 dudit code.

En application de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, la mutuelle prend en charge les prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale et aux prescriptions de celui-ci ainsi qu'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires dans la liste fixée par arrêté ministériel.

#### **ARTICLE 15. EXCLUSION**

Sont exclus du champ d'application de la garantie les frais de santé entrant dans le cadre de la législation des accidents du travail. En cas de guerre, de catastrophe naturelle, d'épidémie, les garanties prévues n'auront d'effet que dans le cadre des conditions déterminées par la législation telle qu'elle interviendra.

#### **ARTICLE 16. GARANTIES**

L'étendue de la garantie souscrite par chaque membre participant est précisée dans son contrat dont un exemplaire lui est remis avec les documents prévus à l'article 2 du présent règlement.

#### **ARTICLE 17. MODIFICATIONS DES GARANTIES**

Des modifications des prestations pourront être apportées à l'initiative de la Mutuelle ou suite à de nouvelles réglementations.

Ces modifications, qui pourront entraîner des modifications de cotisations, seront décidées dans les conditions prévues par les statuts et le code de la mutualité.

Les nouveaux taux ou montants des prestations et cotisations seront notifiés aux adhérents.

Décembre 2008

# MUTUELLE DE FRANCE 04-05

Soumise au livre II du code de la Mutualité.  
Inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 782 416 127

## RÈGLEMENT MUTUALISTE 2

### Chapitre I<sup>er</sup>

#### **GARANTIES PROPOSEES PAR LA MUTUELLE**

##### **Article 1**

Les membres participants relevant du régime des salariés sont répartis dans les garanties suivantes : H200 – H180 – H130 – H100 – H95 - H90 - H80 – H70 – H50 – Etudiants 90 – Etudiants 100 – ALJ - BMLJ - F – TTL - Entreprise 90 – Entreprise 100 – Entreprise 200 - Entreprise 400 – Entreprise 500 - Entreprise BE – Entreprise BMG – CMU - Sortie CMU – CMCAS.

Les membres participants relevant du régime des travailleurs non salariés sont répartis dans les garanties suivantes : 3H200 - 3H180 – 3H90 – 3AD – 3GTNS - TTL – CMU - Sortie CMU.

### Chapitre II

#### **OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE**

##### **Article 2. Droit d'admission**

Les membres participants paient un droit d'admission fixé à 3 euros jusqu'à 27 ans, 7.50 euros de 28 à 55 ans, 30 euros à partir de 56 ans pour les garanties H200, H180, H130, H100, H90, H80, H70, H50, F, 3H200, 3H180, 3H90, 3AD.

##### **Article 3. Cotisations**

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (Unions) ou techniques (caisses autonomes, caisse nationale de prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou les règlements de ces organismes.

La cotisation comprend l'abonnement au magazine mensuel Viva.

##### **Article 4.**

Les membres honoraires paient une cotisation de 15 euros.

##### **Article 5.**

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Les demandes de paiement de prestations doivent être produites selon les modalités prévues au règlement mutualiste 1.

### Chapitre III

#### **OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS**

##### **Article 6. Prestations**

Les prestations auxquelles chaque garantie ouvre droit, respectant les règles régissant les "contrats responsables" (article 14 du règlement mutualiste 1), sont les suivantes :

		H200	H180	H130	H100	H95	H90	H80	H70	H50	Edt.90	Edt.100
Oeuvres sociales et services	art 6.0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Allocation frais d'obsèques	310 € art 6.1.1	x	x	x		x	x	x	x	x		
	310/1600€ art 6.1.2										x	x
	460 € art 6.1.3											
	915 € art 6.1.4											
Actes de prévention	art.6.2.0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Allocation en cas d'hospitalisation	11 € art 6.2.1.1	x	x			x	x	x	x	x		
	11 € art 6.2.1.2											
	16 € art 6.2.1.3										x	x
	16 € art 6.2.1.4											
Forfait proth. dent. non remboursées	152 € art 6.2.2		x									
	274 € art 6.2.2	x										
Forfait accouchement	80 € art 6.2.3.1		x	x		x	x	x	x	x	x	x
	180 € art 6.2.3.1	x										
	230 € art 6.2.3.1											
Forfait FIV - amniocentèse	80 € art 6.2.3.2		x									
	100 € art 6.2.3.2	x										
	120 € art 6.2.3.2											
Contraception	10 € art 6.2.3.3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Forfait hébergement pour cure thermique	130 € art 6.2.4.	x										
	95 € art 6.2.4.											
	153 € art 6.2.4.											
	92 € art 6.2.4.		x									
Vaccin grippe	art 6.2.5.1	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Vaccins	art 6.2.5.2										x	x
Examen densitométrie osseuse	10 € art 6.2.6.1				x	x				x		
	16 € art 6.2.6.1			x			x	x	x		x	x
	30 € art 6.2.6.1.		x									
	60 € art 6.2.6.1.	x										
	50% frais art 6.2.6.2											
Séjour accompagnant	23 € art 6.2.7		x	x		x	x	x	x	x	x	x
	30 € art 6.2.7	x										
	46 € art 6.2.7											
	65 € art 6.2.7											
Aide ménagère	1.50 € art 6.2.8.1		x									
	2.30 € art 6.2.8.1	x										
Chiropractie/ostéo.	2 séances art 6.2.10				x		x	x			x	
	3 séances art 6.2.10			x								x
	5 séances art 6.2.10	x	x									
Stop tabac	art 6.2.11	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Formation premiers secours	art 6.2.12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Ateliers mémoire	art 6.2.13	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Hospitalisation chirurgicale	100% art 6.3.1.1			x	x	x	x	x	x	x	x	x
	140% art 6.3.1.2	x	x									
Hospitalisation médicale	100% art 6.3.2.1			x	x	x	x	x	x	x	x	x
	140% art 6.3.2.2	x	x									
Séjour établis spécialisés	art 6.3.3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Soins externes	100% art 6.3.4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	130% art 6.3.4											
	150% art 6.3.4											
	250% art 6.3.4											
Chambre particulière	49 € art 6.3.5	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
	65 € art 6.3.5											
Transports	art 6.4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Centre de Santé Manosque	art 6.5.1	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
Centres de santé dentaire	art 6.5.2	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
Forfaits optique monture + verres	75 / 80 € art 6.5.3.1				x							
	90 / 90 € art 6.5.3.1					x				x	x	
	100 / 120 € art 6.5.3.1			x			x	x	x			x
	140 / 160 € art 6.5.3.1											
	140/ 170 € art 6.5.3.1		x									
	150/ 170 € art 6.5.3.1											
	150/ 180 € art 6.5.3.1	x										
	170 / 190 € art 6.5.3.1											
	190 / 210 € art 6.5.3.1											
Forfait lentilles	400 € art 6.5.3.1											
	50 € art 6.5.3.1					x				x	x	
	70 € art 6.5.3.1			x			x	x	x			x
	100 € art 6.5.3.1		x									
	110 € art 6.5.3.1	x										
250 € art 6.5.3.1												
		ALJ	BMLJ	F	TTL	Ent90	Ent100	Ent200	Ent400	Ent500	EntBE	EntBMG
Oeuvres sociales et services	art 6.0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Allocation frais	310 € art 6.1.1	x	x	x		x	x				x	

d'obsèques	310/1600€	art 6.1.2											
	460 €	art 6.1.3							x	x			
	915 €	art 6.1.4									x		
Actes de prévention		art.6.2.0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Allocation en cas d'hospitalisation	11 €	art 6.2.1.1	x		x		x	x	x	x	x	x	
	11 €	art 6.2.1.2		x									
	16 €	art 6.2.1.3											
	16 €	art 6.2.1.4											
Forfait proth. dent. non remboursées	152 €	art 6.2.2	x	x				x				x	x
	274 €	art 6.2.2							x	x	x		
Forfait accouchement	80 €	art 6.2.3.1	x	x			x	x				x	x
	180 €	art 6.2.3.1							x				
	230 €	art 6.2.3.1								x	x		
Forfait FIV - amniocentèse	80 €	art 6.2.3.2						x					
	100 €	art 6.2.3.2							x				
	120 €	art 6.2.3.2								x	x		
Contraception	10 €	art 6.2.3.3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Forfait hébergement pour cure thermale	130 €	art 6.2.4.							x				
	95 €	art 6.2.4.											
	153 €	art 6.2.4.								x	x		
	92 €	art 6.2.4.	x	x				x				x	
Vaccin grippe		art 6.2.5.1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vaccins		art 6.2.5.2											
Examen densitométrie osseuse	10 €	art 6.2.6.1											
	16 €	art 6.2.6.1			x		x						
	30 €	art 6.2.6.1.	x	x				x				x	
	60 €	art 6.2.6.1.							x	x	x		
	50% frais	art 6.2.6.2											x
Séjour accompagnant	23 €	art 6.2.7	x	x	x		x	x				x	x
	30 €	art 6.2.7							x				
	46 €	art 6.2.7								x			
	65 €	art 6.2.7									x		
Aide ménagère	1.50 €	art 6.2.8.1	x					x				x	
	2.30 €	art 6.2.8.1		x					x	x	x		
Chiropractie/ostéo.	2 séances	art 6.2.10			x		x						
	3 séances	art 6.2.10											
	5 séances	art 6.2.10	x	x				x	x	x	x	x	x
Stop tabac		art 6.2.11	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Formation premiers secours		art 6.2.12	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Ateliers mémoire		art 6.2.13	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hospitalisation chirurgicale	100%	art 6.3.1.1					x	x					
	140%	art 6.3.1.2	x	x	x				x	x	x	x	x
Hospitalisation médicale	100%	art 6.3.2.1					x	x					
	140%	art 6.3.2.2	x	x	x				x	x	x	x	x
Séjour établistis spécialisés		art 6.3.3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Soins externes	100%	art 6.3.4	x	x	x	x	x	x				x	x
	130%	art 6.3.4							x				
	150%	art 6.3.4								x			
	250%	art 6.3.4									x		
Chambre particulière	49 €	art 6.3.5	x	x	x		x	x	x	x		x	x
	65 €	art 6.3.5									x		
Transports		art 6.4	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
Centre de Santé Manosque		art 6.5.1	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
Centres de santé dentaire		art 6.5.2	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
Forfaits optique monture + verres	75 / 80 €	art 6.5.3.1											
	90 / 90 €	art 6.5.3.1											
	100 / 120 €	art 6.5.3.1			x		x						
	140 / 160 €	art 6.5.3.1											
	140/ 170 €	art 6.5.3.1	x						x			x	x
	150 / 170 €	art 6.5.3.1					x						
	150/ 180 €	art 6.5.3.1							x				
	170 / 190 €	art 6.5.3.1											
	190 / 210 €	art 6.5.3.1								x			
Forfait lentilles	400 €	art 6.5.3.1									x		
	50 €	art 6.5.3.1											
	70 €	art 6.5.3.1			x	x	x						
	100 €	art 6.5.3.1	x										
	110 €	art 6.5.3.1						x	x	x		x	x
250 €	art 6.5.3.1									x			
			3H200	3H180	3H90	3AD	GTNS						
Oeuvres sociales et services		art 6.0	x	x	x	x	x						
Allocation frais d'obsèques	310 €	art 6.1.1	x	x	x	x	x						
	310/1600€	art 6.1.2											
	460 €	art 6.1.3											
	915 €	art 6.1.4											

Actes de prévention		art.6.2.0	x	x	x	x	x
Allocation en cas d'hospitalisation	11 €	art 6.2.1.1					
	11 €	art 6.2.1.2					
	16 €	art 6.2.1.3					
	16 €	art 6.2.1.4	x	x	x	x	x
Forfait proth. dent. non remboursées	152 €	art 6.2.2		x			x
	274 €	art 6.2.2	x				
Forfait accouchement	80 €	art 6.2.3.1		x	x	x	x
	180 €	art 6.2.3.1	x				
	230 €	art 6.2.3.1					
Forfait FIV - amniocentèse	80 €	art 6.2.3.2		x			
	100 €	art 6.2.3.2	x				
	120 €	art 6.2.3.2					
Contraception	10 €	art 6.2.3.3	x	x	x	x	x
Forfait hébergement pour cure thermale	130 €	art 6.2.4.	x				
	95 €	art 6.2.4.		x	x	x	x
	153 €	art 6.2.4.					
	92 €	art 6.2.4.					
Vaccin grippe		art 6.2.5.1	x	x	x	x	x
Vaccins		art 6.2.5.2					
Examen densitométrie osseuse	10 €	art 6.2.6.1					
	16 €	art 6.2.6.1			x	x	
	30 €	art 6.2.6.1.		x			x
	60 €	art 6.2.6.1.	x				
	50% frais	art 6.2.6.2					
Séjour accompagnant	23 €	art 6.2.7		x	x	x	x
	30 €	art 6.2.7	x				
	46 €	art 6.2.7					
	65 €	art 6.2.7					
Aide ménagère	1.50 €	art 6.2.8.1		x			x
	2.30 €	art 6.2.8.1	x				
Chiropractie/ostéo.	2 séances	art 6.2.10			x	x	
	3 séances	art 6.2.10					
	5 séances	art 6.2.10	x	x			x
Stop tabac		art 6.2.11	x	x	x	x	x
Formation premiers secours		art 6.2.12	x	x	x	x	x
Ateliers mémoire		art 6.2.13	x	x	x	x	x
Hospitalisation chirurgicale	100%	art 6.3.1.1			x	x	
	140%	art 6.3.1.2	x	x			x
Hospitalisation médicale	100%	art 6.3.2.1			x	x	
	140%	art 6.3.2.2	x	x			x
Séjour établistes spécialisés		art 6.3.3	x	x	x	x	x
Soins externes	100%	art 6.3.4	x	x	x	x	x
	130%	art 6.3.4					
	150%	art 6.3.4					
	250%	art 6.3.4					
Chambre particulière	49 €	art 6.3.5	x	x	x	x	x
	65 €	art 6.3.5					
Transports		art 6.4	x	x	x	x	x
Centre de Santé Manosque		art 6.5.1	x	x	x	x	x
Centres de santé dentaire		art 6.5.2	x	x	x	x	x
Forfaits optique monture + verres	75 / 80 €	art 6.5.3.1					
	90 / 90 €	art 6.5.3.1					
	100 / 120 €	art 6.5.3.1					
	140 / 160 €	art 6.5.3.1					
	140/ 170 €	art 6.5.3.1					
	150 / 170 €	art 6.5.3.1			x	x	
	150/ 180 €	art 6.5.3.1					
	170 / 190 €	art 6.5.3.1		x			x
	190 / 210 €	art 6.5.3.1	x				
Forfait lentilles	400 €	art 6.5.3.1					
	50 €	art 6.5.3.1					
	70 €	art 6.5.3.1			x	x	
	100 €	art 6.5.3.1		x			
	110 €	art 6.5.3.1	x				x
250 €	art 6.5.3.1						

			H200	H180	H130	H100	H95	H90	H80	H70	H50	Edt.90	Edt.100
Forfait global	274 €	art 6.5.3.1											
Laser myopie	180 €	art 6.5.3.2		x									
	230 €	art 6.5.3.2	x										
Avantage optique	20 €	art 6.5.3			x	x	x	x	x	x	x	x	x
	25 €	art.6.5.3	x	x									
	50 €	art.6.5.3											
Soins ambulatoires		art 6.6	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Forfait journalier hospitalier		art 6.8.1			x		x	x	x	x	x		
		art 6.8.2				x							
		art 6.8.3	x									x	x
		art 6.8.4											
		art 6.8.5											
		art 6.8.6		x									
		art 6.8.7											

			ALJ	BMLJ	F	TTL	Ent90	Ent100	Ent200	Ent400	Ent500	EntBE	EntBMG
Forfait global	274 €	art 6.5.3.1		x									
Laser myopie	180 €	art 6.5.3.2	x					x				x	x
	230 €	art 6.5.3.2							x	x	x		
Avantage optique	20 €	art 6.5.3			x	x	x						
	25 €	art.6.5.3	x	x				x	x	x		x	x
	50 €	art.6.5.3									x		
Soins ambulatoires		art 6.6	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Forfait journalier hospitalier		art 6.8.1			x								
		art 6.8.2											
		art 6.8.3					x	x	x	x	x	x	
		art 6.8.4				x							
		art 6.8.5		x									
		art 6.8.6	x										
		art 6.8.7											x

			3H200	3H180	3H90	3AD	GTNS
Forfait global	274 €	art 6.5.3.1					
Laser myopie	180 €	art 6.5.3.2		x			x
	230 €	art 6.5.3.2	x				
Avantage optique	20 €	art 6.5.3			x	x	
	25 €	art.6.5.3	x	x			x
	50 €	art.6.5.3					
Soins ambulatoires		art 6.6	x	x	x	x	x
Forfait journalier hospitalier		art 6.8.1			x	x	
		art 6.8.2					
		art 6.8.3	x				x
		art 6.8.4					
		art 6.8.5					
		art 6.8.6		x			
		art 6.8.7					

## **Article 6-0. Œuvres sociales et services**

Accès aux œuvres sociales et services de la Mutuelle d'Action Sociale 04-05, tests d'acuité visuelle, informations optique avec la revue "Regards mutualistes".

## **Article 6-1. Frais d'obsèques**

### **Article 6-1-1**

La mutuelle contracte auprès de la Mutuelle France-Prévoyance (N° 383 143 617 à Aubagne) une assurance collective ouvrant droit en cas de décès du membre participant -actif ou retraité-, du conjoint ou d'un enfant à charge, à une allocation pour frais d'obsèques d'un montant de 310 €.

### **Article 6-1-2**

La mutuelle contracte auprès de la Mutuelle France-Prévoyance (N° 383 143 617 à Aubagne), une assurance collective ouvrant droit, en cas de décès du membre participant, du conjoint ou d'un enfant à charge, à une allocation pour frais d'obsèques d'un montant de 310 €.

Cette allocation est portée à 1600 euros si le décès est consécutif à un accident.

### **Article 6-1-3**

La mutuelle contracte auprès de la Mutuelle France-Prévoyance (N° 383 143 617 à Aubagne), une assurance collective ouvrant droit, en cas de décès du membre participant -actif ou retraité-, du conjoint ou d'un enfant à charge, à une allocation pour frais d'obsèques d'un montant de 460 €.

### **Article 6-1-4**

La mutuelle contracte auprès de la Mutuelle France-Prévoyance (N° 383 143 617 à Aubagne), une assurance collective ouvrant droit, en cas de décès du membre participant, du conjoint ou d'un enfant à charge, à une allocation pour frais d'obsèques d'un montant de 915 €.

## **Article 6-2. Prestations diverses**

### **Article 6-2-0. Actes de Prévention**

La mutuelle prend en charge le ticket modérateur sur les actes de prévention prévus par l'article R871-2 du code de la sécurité sociale, dont la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006 comprend les prestations suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire ;
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12) ;
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
  - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015),
  - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011),
  - Audiométrie tonale et vocale (CDQP012),
  - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans ;
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
  - Diphtérie, tétanos et poliomyélites : tous âges ;
  - Coqueluche : avant 14 ans ;
  - Hépatite B : avant 14 ans ;
  - BCG : avant 6 ans ;

- Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- Haemophilus influenzae B ;
- Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

## **Article 6-2-1. Allocation hospitalisation**

### **Article 6-2-1-1**

La mutuelle verse, en cas d'hospitalisation du membre participant -actif ou retraité-, du conjoint ou d'un enfant à charge, consécutive à tout type d'accident, une allocation de 11 € par jour pendant 60 jours par accident et par membre de la famille sur présentation d'un bulletin de séjour, dans un délai de six mois après hospitalisation, sous peine de forclusion.

### **Article 6-2-1-2**

La mutuelle verse, en cas d'hospitalisation du membre participant - actif ou retraité -, à compter du 1er, 4ème ou 8ème jour, selon qu'il s'agit d'un accident, d'une maladie, d'une maternité, et jusqu'à 30 jours par an, sur présentation d'un bulletin de séjour, dans un délai de six mois après l'hospitalisation, à l'exception des centres de moyen et long séjour, de rééducation fonctionnelle et de cure, hôpitaux et cliniques psychiatriques, une allocation journalière d'un montant de 11 €.

### **Article 6-2-1-3**

La mutuelle contracte auprès de la Mutuelle France-Prévoyance (n° 13-299) à Aubagne une assurance collective ouvrant droit à une allocation en cas d'hospitalisation consécutive à un accident et au plus tard débutant 30 jours après ce dernier, d'un montant de 16 € / jour du 1er au 60ème jour d'hospitalisation. Par accident il faut entendre tout événement générateur extérieur, soudain et involontaire, entraînant une atteinte corporelle. Forclusion 12 mois à compter de la date d'entrée en établissement.

### **Article 6-2-1-4**

La mutuelle verse, en cas d'hospitalisation du membre participant actif, avec un délai de carence de trois jours, sauf s'il s'agit d'un accident et jusqu'à 60 jours par an, sur présentation d'un bulletin de séjour, dans un délai de six mois après l'hospitalisation, à l'exception des centres de moyens et long séjour, de rééducation fonctionnelle et de cure, hôpitaux et cliniques psychiatriques, une allocation journalière d'un montant de 16 €.

## **Article 6-2-2. Forfait prothèses dentaires non remboursées**

Un forfait de 152 ou 274 € selon la garantie, est attribué par bénéficiaire et par an.

## **Article 6-2-3. Forfaits contraception, Fécondation In Vitro - amniocentèse, accouchement**

### **Article 6-2-3-1. Forfait accouchement**

Un forfait de 80, 180 ou 230 euros selon la garantie, est alloué au membre participant lors de chacune des naissances, si l'enfant est adhérent. L'adoption d'un enfant avant son cinquième anniversaire est assimilée à une naissance.

### **Article 6-2-3-2. Forfait Fécondation In Vitro – Amniocentèse**

Sur présentation d'une facture acquittée, un forfait de 80, 100 ou 120 € selon la garantie, est alloué par an et par bénéficiaire pour la fécondation in-vitro ou l'amniocentèse non remboursée par la sécurité sociale.

### **Article 6-2-3-3. Forfait contraception non remboursée**

Un forfait de 10 € par trimestre et par personne est alloué sur présentation de la facture acquittée pour la contraception non remboursée (pilule contraceptive de nouvelles générations, anneau vaginal et patchs contraceptifs non remboursés par la sécurité sociale, pilule du lendemain, préservatifs féminins, préservatifs masculins).

## **Article 6-2-4. Forfaits hébergement pour cure thermale**

Un forfait - par an et par famille -, de 92, 95, 130 ou 153 € selon la garantie est attribué sur présentation d'une facture d'hébergement.

## **Article 6-2-5. Vaccinations**

### **Article 6-2-5-1. Vaccination anti-grippe**

La mutuelle prend en charge le coût de la vaccination anti-grippe pour les mutualistes âgés de moins de 65 ans sur présentation de la vignette.

### **Article 6-2-5-2. Vaccins**

La mutuelle prend en charge les vaccins dans la limite des frais réels sur présentation de l'ordonnance et de la vignette.

## **Article 6-2-6. Examen de densitométrie osseuse**

### **Article 6-2-6-1**

Un forfait annuel de 10, 16, 30 ou 60 €, selon la garantie, est attribué pour un examen d'ostéodensitométrie subi par le membre participant ou ses ayants-droits moins la déduction du ticket modérateur éventuel.

### **Article 6-2-6-2**

La mutuelle rembourse au mutualiste qui a subi un examen d'ostéodensitométrie osseuse 50% des frais réels moins la déduction du ticket modérateur éventuel.

## **Article 6-2-7. Séjour accompagnant**

Si l'hospitalisé est un enfant de moins de 15 ans ou un adulte de plus de 70 ans, la mutuelle prend en charge les frais de séjour de la personne accompagnante, jusqu'à concurrence de 23, 30, 46 ou 65 € par jour et pendant une durée de quinze jours maximum par hospitalisation en médecine ou chirurgie et dans la limite des frais réels.

## **Article 6-2-8. Aide ménagère**

### **Article 6-2-8-1**

La mutuelle verse une contribution à concurrence de 1.50 ou 2.30 € par heure et dans la limite de 100 heures par an et par famille sur présentation de l'accord de la caisse du régime obligatoire et de la facture d'une association agréée.

## **Article 6-2-9. Téléassistance**

La mutuelle signe une convention de partenariat avec la société Sérénitis pour proposer un service de téléassistance permettant le maintien à domicile. Les cotisations sont déterminées par la société.

## **Article 6-2-10. Chiropractie - ostéopathie**

La mutuelle verse une contribution de 20 € par séance, 2, 3 ou 5 fois par an et par bénéficiaire selon la garantie, sur présentation d'une facture acquittée d'un médecin généraliste, d'un kinésithérapeute, d'un ostéopathe ou d'un chiropraticien inscrit sur le registre de l'Association Française de Chiropractie. Les nom et prénom du bénéficiaire, la date et le montant des séances doivent être clairement mentionnés sur la facture.

## **Article 6-2-11. Prestation stop tabac**

Pour l'achat de produits de désintoxication nicotinique (patchs, gommes à mâcher, ...) sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée du pharmacien, la mutuelle verse jusqu'à trois forfaits par an de 25 € l'un, par personne moins la déduction du remboursement du régime obligatoire.

## **Article 6-2-12. Prestation "Formation aux premiers secours"**

La mutuelle verse un forfait de 16 € pour toute formation aux premiers secours, sur présentation d'un reçu délivré par une association agréée.

## **Article 6-2-13. Ateliers mémoire**

La mutuelle organise des sessions d'ateliers mémoire gratuites et ouvertes à tous, en fonction des inscriptions enregistrées, tout au long de l'année.

## **Article 6-3. Hospitalisation**

### **Article 6-3-1. Hospitalisation chirurgicale**

#### **Article 6-3-1-1**

La prise en charge en cas d'hospitalisation chirurgicale comprend :

- les honoraires du chirurgien et de ses aides,
- les honoraires du médecin anesthésiste et ceux du médecin traitant pour son assistance à l'opération,
- les frais d'hospitalisation, de salle d'opération et de pharmacie, dans le cadre des conventions conclues entre la Sécurité sociale et les établissements de soins,
- les examens de radiologie et les analyses de laboratoires pratiqués pendant l'hospitalisation,
- la franchise de 18 €.

Cette gratuité s'entend sur les tarifs de responsabilité des Caisses de Sécurité sociale du département de résidence du malade. La prise en charge par la mutuelle vise les malades hospitalisés dans les cliniques et hôpitaux agréés par la santé publique, à l'exclusion de tous autres établissements.

#### **Article 6-3-1-2**

La prise en charge en cas d'hospitalisation chirurgicale comprend :

- les honoraires du chirurgien et de ses aides,
- les honoraires du médecin anesthésiste et ceux du médecin traitant pour son assistance à l'opération,
- les frais d'hospitalisation, de salle d'opération et de pharmacie, dans le cadre des conventions conclues entre la Sécurité sociale et les établissements de soins,
- les examens de radiologie et les analyses de laboratoires pratiqués pendant l'hospitalisation,
- la franchise de 18 €.

Cette prise en charge s'entend dans la limite de 140 % des tarifs de responsabilité des Caisses de Sécurité sociale du département de résidence du malade. La prise en charge par la mutuelle vise les malades hospitalisés dans les cliniques et hôpitaux agréés par la santé publique, à l'exclusion de tous autres établissements.

### **Article 6-3-2. Hospitalisation médicale**

#### **Article 6-3-2-1**

La prise en charge en cas d'hospitalisation médicale comprend :

- la prise en charge du ticket modérateur sur le prix de journée de l'établissement hospitalier dans la limite du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, pendant une durée maximale de 30 jours,
- la prise en charge du ticket modérateur appliqué sur les honoraires des praticiens, examens de radiologie et analyses de laboratoires pratiqués pendant l'hospitalisation,
- la franchise de 18 €.

La prise en charge par la mutuelle vise les malades hospitalisés dans les cliniques et hôpitaux agréés par la santé publique, à l'exclusion de tous autres établissements.

#### **Article 6-3-2-2**

La prise en charge en cas d'hospitalisation médicale comprend :

- la prise en charge du ticket modérateur sur le prix de journée de l'établissement hospitalier dans la limite de 140 % du tarif de responsabilité de la Caisse de Sécurité sociale du département de résidence du malade, pendant une durée maximale de 30 jours,
- la prise en charge du ticket modérateur appliqué sur les honoraires des praticiens, dans la limite de 140% du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, les examens de radiologie et analyses de laboratoires pratiqués pendant l'hospitalisation,
- la franchise de 18 €.

La prise en charge par la mutuelle vise les malades hospitalisés dans les cliniques et hôpitaux agréés par la santé publique, à l'exclusion de tous autres établissements.

### **Article 6-3-3. Séjour en maison de repos et établissements spécialisés**

La prise en charge en cas de séjour en maison de repos ou établissements spécialisés comprend :

- la prise en charge du ticket modérateur sur le prix de journée de l'établissement hospitalier dans la limite du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, pendant une durée maximale de 30 jours,
- la prise en charge du ticket modérateur appliqué sur les honoraires des praticiens, examens de radiologie et analyses de laboratoires pratiqués pendant le séjour,
- la franchise de 18 €.

La prise en charge par la mutuelle vise les malades hospitalisés dans les établissements agréés par la santé publique, à l'exclusion de tous autres établissements.

### **Article 6-3-4. Soins externes**

Prise en charge du ticket modérateur des soins externes en hôpitaux et cliniques à hauteur de 100 %, 130 %, 150 % ou 250 % selon la garantie.

### **Article 6-3-5. Chambre particulière**

La mutuelle assure la prise en charge de la chambre particulière à raison de 49 € ou 65 € par jour selon la garantie, pendant :

- 10 jours par hospitalisation en maternité ;
- 30 jours par hospitalisation en chirurgie ;
- 30 jours par hospitalisation en médecine, où ce service s'entend hors centres spécialisés (hôpitaux et cliniques psychiatriques, centre de moyen et long séjour, de rééducation fonctionnelle).

### **Article 6-4. Transports**

Remboursement du ticket modérateur pour tous transports en véhicule personnel, ambulance ou taxi agréé, sur la base du tarif conventionnel de la Sécurité sociale.

### **Article 6-5. Œuvres sociales**

#### **Article 6-5-1. Centre de santé de Manosque**

La mutuelle assure à ses membres et à leurs ayants droit le complément à 100% du tarif conventionnel de la Sécurité sociale pour toutes les disciplines exercées au Centre.

#### **Article 6-5-2. Centres de santé Dentaire de Manosque, Sisteron, Digne, Briançon et Sainte Tulle**

La mutuelle assure à ses membres et à leurs ayants-droits le complément à 100% du tarif conventionnel de la Sécurité sociale pour toutes les disciplines exercées aux Centres.

#### **Articles 6-5-3. Forfaits optique médicale**

##### **Article 6-5-3-1.**

Sur présentation de la facture, il est alloué, selon la garantie, au membre participant et à ses ayants-droits, par an et par personne protégée, soit :

- un forfait d'un montant de :
  - par monture : 25, 30, 40, 50, 60, 70 ou 160 €
  - par verre : si verres unifocaux : 25, 30, 50, 55, 60, ou 120 € - si verres multifocaux : 30, 40, 60, 65, 70 ou 120 €
  - pour lentilles de contact ou jetables : 50, 70, 80, 100, 110 ou 250 €,
- soit un forfait global de 274 € sur deux ans.

##### **Article 6-5-3-2.**

Il est alloué, selon la garantie, au membre participant et à ses ayants-droits un forfait, par personne protégée, d'un montant de 180 ou 230 € (par œil) en cas d'opération de la myopie par laser.

##### **Article 6-5-3-3.**

Il est alloué, selon la garantie, au membre participant et à ses ayants-droits, une fois par an et par personne protégée, un forfait supplémentaire de 20, 25 ou 50 € :

- au forfait optique pour l'achat d'un équipement complet verres + montures,

- ou au forfait lentilles une fois que celui-ci est arrivé à épuisement.

## Article 6-6. Soins ambulatoires

Montant du complément mutuelle en pourcentage des bases de remboursement du régime obligatoire.

Taux remb régime obligatoire	▼	H200	H180	H130	H100	H95	H90	H80	H70	H50	Edt.90	Edt.100
Consultations, visites	70%	60	30	30	30	30	30	30			30	30
Actes techniques médicaux	70%	60	30	30	30	30	30	30			30	30
Interventions chirurgicales k<10	70%	30	30	30	30	30	30	30			30	30
Radiologie	70%	30	30	30	30	30	30		30		15	30
Laboratoire remboursé à	60%	40	40	40	40	35	35	35	40		35	40
Laboratoire remboursé à	70%	30	30	30	30	25	25	25	30		25	30
Appareillage	65%	125	105	35	35	35	35	35			35	35
Prothèses auditives, mammaires, capillaires	65%	135	135	35	35		85	85	85		25	65
Optique médicale	65%	315	235	85	35	35	85	85	85	85	85	85
Pharmacie remboursée à	35%	65	65	65	65	60	60	65			60	65
Pharmacie remboursée à	65%	35	35	35	35	30	30	35			30	35
Soins dentaires	70%	30	30	30	30		10		30		30	30
Prothèses dentaires	70%	150*	120	70	30		60		60		30	70
Orthodontie	100%	135	90				60		60		60	60
Soins auxiliaires médicaux	60%	40	40	40	40		20				20	40
Transports	65%	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Frais pour cures thermals rembs à	65%	35	35	35	35		15				15	35
Frais pour cures thermals rembs à	70%	30	30	30	30		10				10	30
*plafond / an / personne		600 €										

Taux remb régime obligatoire	▼	ALJ	BMLJ	F	TTL	Ent90	Ent100	Ent200	Ent400	Ent500	EntBE	EntBMG
Consultations, visites	70%	30	30		30	30	30	60	60	180	30	30
Actes techniques médicaux	70%	30	30		30	30	30	60	60	180	30	30
Interventions chirurgicales k<10	70%	30	30		30	30	30	30	80	180	30	30
Radiologie	70%	30	30		30	30	30	30	80	180	30	30
Laboratoire remboursé à	60%	40	40		40	35	40	40	40	40	40	40
Laboratoire remboursé à	70%	30	30		30	25	30	30	30	30	30	30
Appareillage	65%	105	105		35	35	105	105	105	105	105	105
Prothèses auditives, mammaires, capillaires	65%	105	105	105	35	85	135	135	185	185	105	125
Optique médicale	65%	235	35	85	85	85	235	315	315	315	235	235
Pharmacie remboursée à	35%	65	65	65	65	60	65	65	65	65	65	65
Pharmacie remboursée à	65%	35	35		35	35	35	35	35	35	35	35
Soins dentaires	70%	30	30		30	20	30	30	80	80	30	30
Prothèses dentaires	70%	140	140	110	100	60	120	150	330	330	130	160
Orthodontie	100%	110	90			60	90	135	150	150	100	130
Soins auxiliaires médicaux	60%	40	40		40	30	40	40	90	40	40	40
Transports	65%	35	35		35	35	35	35	35	35	35	35
Frais pour cures thermals rembs à	65%	35	35		35	25	35	35	35	35	35	35
Frais pour cures thermals rembs à	70%	30	30		30	20	30	30	30	30	30	30
*plafond / an / personne								600 €	800 €			

Taux remb régime obligatoire	▼	3H200	3H180	3H90	3AD	GTNS
Consultations, visites	70%	70	30	30	30	30
Actes techniques médicaux	70%	70	30	30	30	30
Interventions chirurgicales k<10	70%	30	30	30	30	30
Radiologie	70%	30	30	30	30	30
Laboratoire remboursé à	60%	40	40	35	40	40
Laboratoire remboursé à	70%	30	30	25	30	30
Appareillage	65%	105	105	35	35	105
Prothèses auditives, mammaires, capillaires	65%	135	135	85	85	135
Optique médicale	65%	315	235	85	85	235
Pharmacie remboursée à	35%	65	65	60	65	65
Pharmacie remboursée à	65%	35	35	30	35	35
Soins dentaires	70%	30	30	20	30	30
Prothèses dentaires	70%	150	120	60	60	120
Orthodontie	100%	135	90	60	60	90
Soins auxiliaires médicaux	60%	40	40	30	40	40

Transports	65%	35	35	35	35	35	
Frais pour cures thermales	rembts à rembts à	65% 70%	35 30	35 30	25 20	35 30	35 30
*plafond / an / personne		600 €					

## **Article 6-7. Cas particuliers**

### **Article 6-7-1. Garantie CMU**

Les personnes relevant du dispositif CMU sont prises en charge dans les conditions prévues par les décrets d'application.

### **Article 6-7-2. Garantie CMU+**

Toute personne relevant du dispositif CMU peut, si elle le souhaite, acquitter une cotisation qui lui ouvre droits aux prestations qui viennent au complément du « panier de biens » CMU (articles 6-7-1)

### **Article 6-7-3. Sortie CMU**

Les personnes qui sortent du dispositif CMU et qui avaient choisi un organisme complémentaire pour gérer leur CMU complémentaire sont prises en charge dans les conditions prévues par les décrets d'application.

### **Article 6-7-4. Aide à la Complémentaire Santé**

Les personnes éligibles au dispositif d'« aide à la complémentaire santé » sont prises en charge dans les conditions prévues par les décrets d'application.

### **Article 6-7-5. CMCAS**

Les personnes éligibles au dispositif mis en place par convention entre la CMCAS et la Mutuelle de France bénéficient des cotisations et prestations déterminées par cette convention.

## **Article 6-8. Forfait journalier**

### **Article 6-8-1.**

La mutuelle assure, sur présentation de la facture, la prise en charge du forfait journalier dans les conditions suivantes :

- sans limitation de durée en cas d'hospitalisation chirurgicale,
- pendant 45 jours par an et par personne en cas d'hospitalisation médicale
- pendant 45 jours par an et par personne en cas de séjour en maison de repos ou moyen séjour ou rééducation ou convalescence, en hôpital ou clinique psychiatrique

Le bénéfice de cette garantie est accordé au mutualiste, au conjoint et aux enfants à charge.

### **Article 6-8-2.**

La mutuelle assure, sur présentation de la facture, la prise en charge du forfait journalier dans les conditions suivantes :

- sans limitation de durée en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale,
- pendant 30 jours par an et par personne en cas de séjour en maison de repos ou moyen séjour ou rééducation ou convalescence, ou hôpital ou clinique psychiatrique,

Le bénéfice de cette garantie est accordé au mutualiste, au conjoint et aux enfants à charge.

### **Article 6-8-3.**

La mutuelle assure le remboursement du forfait journalier dans les conditions suivantes :

- sans limitation de durée en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale,
- pendant 90 jours par an et par personne dans les centres de moyen séjour et de rééducation fonctionnelle,
- pendant 60 jours par an et par personne dans les hôpitaux et cliniques psychiatriques.

Le bénéfice de cette garantie est accordé au mutualiste, au conjoint et aux enfants à charge.

### **Article 6-8-4.**

La mutuelle assure le remboursement du forfait journalier dans les conditions suivantes:

- pendant 90 jours par an et par personne en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale,
- pendant 45 jours par an et par personne dans les hôpitaux et cliniques psychiatriques, dans les centres de moyen séjour et de rééducation fonctionnelle.

Le bénéfice de cette garantie est accordé au mutualiste, au conjoint et aux enfants à charge.

### **Article 6-8-5.**

La mutuelle assure, sur présentation de la facture, la prise en charge du forfait journalier dans les conditions suivantes :

- sans limitation de durée en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale,
- pendant 60 jours par an et par personne en cas de séjour en maison de repos ou moyen séjour ou rééducation ou convalescence, ou hôpital ou clinique psychiatrique.

Le bénéfice de cette garantie est accordé au mutualiste, au conjoint et aux enfants à charge.

#### **Article 6-8-6.**

La mutuelle assure, sur présentation de la facture, la prise en charge du forfait journalier dans les conditions suivantes :

- sans limitation de durée en cas d'hospitalisation chirurgicale,
- pendant 60 jours par an et par personne en cas d'hospitalisation médicale
- pendant 45 jours par an et par personne en cas de séjour en maison de repos ou moyen séjour ou rééducation ou convalescence, en hôpital ou clinique psychiatrique

Le bénéfice de cette garantie est accordé au mutualiste, au conjoint et aux enfants à charge.

#### **Article 6-8-7.**

La mutuelle assure, sur présentation de la facture, la prise en charge du forfait journalier sans limitation de durée.

#### **Article 6-9. Compléments de Garanties**

Ces compléments se souscrivent pour l'ensemble de la composition familiale.

##### **Article 6-9-1. Complément "forfait journalier et chambre particulière"**

La prise en charge du forfait journalier, prévue dans chaque garantie, peut être prolongée, par an et par personne à raison de :

- 30 jours supplémentaires en cas de séjour dans les hôpitaux et cliniques psychiatriques.
- 60 jours supplémentaires en cas de séjour dans les centres de moyen séjour, rééducation fonctionnelle, convalescence, repos,
- sans limitation de durée en cas d'hospitalisation médicale.

En rééducation, centres de moyen séjour et de convalescence, la prise en charge de la chambre particulière est de 20 € par jour, à raison de 21 jours par an et par personne.

Le bénéfice de cette garantie est accordé au mutualiste, au conjoint et aux enfants à charge, sous réserve du paiement d'un complément de cotisation annuel de :

- 54 € pour 1 personne
- 81,60 € pour 2 personnes
- 93,60 € pour 3 personnes
- 98,40 € pour 4 personnes ou plus.

##### **Article 6-9-2. Complément "H+"**

Dans chacune des garanties, il est possible de souscrire une option qui ouvre droit à un remboursement complémentaire de 50% en prothèses dentaires et en orthodontie acceptées par le régime obligatoire.

Le bénéfice de cette option est accordé au mutualiste, au conjoint et aux enfants à charge, sous réserve du paiement d'un complément de cotisation mensuelle de :

- 4 € pour 1 personne
- 6 € pour 2 personnes
- 7 € pour 3 personnes
- 8 € pour 4 personnes ou plus.

##### **Article 6-9-3. Complément « Confort+ »**

Dans chacune des garanties, il est possible de souscrire une option qui ouvre droit à des remboursements supplémentaires :

- de 60 % en prothèses dentaires et en orthodontie acceptées par le régime obligatoire,
- de 100 € par an et par enfant et de 160 € par an et par adulte pour le forfait optique,

- de 150 € pour les prothèses auditives,
- de 50 € pour le forfait frais d'hébergement en cure thermale.

Le bénéfice de cette option est accordé à tout assuré - et ses ayants-droits - qui relèvent d'un régime d'assurance maladie obligatoire français et qui bénéficient d'une garantie complémentaire souscrite auprès de la Mutuelle de France 04-05 ou de tout autre organisme complémentaire, sous réserve du paiement d'une cotisation mensuelle de :

- 9 € pour 1 personne
- 12 € pour 2 personnes
- 14 € pour 3 personnes
- 16 € pour 4 personnes ou plus.

**Article 7. Montants des cotisations** (tableaux ci-dessous et pages suivantes)

Montants des cotisations annuelles applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009

	<b>Etudt.90</b>	<b>Etudt. 100</b>	<b>Ent.400-A</b>	<b>Ent.400-B</b>	<b>Ent.400 SETP</b>
1 personne seule	162,00	276,00	489,60	540,00	519,60
2 personnes	324,00	552,00	874,80		912,00
3 personnes ou plus			1 262,40	1 262,40	1 311,60

	<b>Ent.100 Sea.</b>	<b>Ent.100 Base</b>	<b>Ent.100 Div. 04</b>	<b>Ent.500 ADAPEI</b>
1 personne seule	624,00	648,00	576,00	525,60
2 personnes	876,00	972,00	1 034,40	933,60
3 personnes ou plus	1 008,00	1 074,00	1 236,00	1 326,00

	<b>âge du sociétaire</b>	<b>Ent.100 M4A</b>	<b>Ent.100 M4L</b>	<b>Ent.100 M5A</b>	<b>Ent.100 M6A</b>	<b>Ent BE</b>
une personne	00 - 31	415,20	332,40	346,80	344,40	487,20
	32 - 46	505,20	451,20	476,40	474,00	
	47 - 60	603,60	480,00	514,80	506,40	
	61 - 65	606,00	487,20	520,80	542,40	
	66 - 70	788,40		674,40		
une personne + 1 enfant	00 - 31	540,00	438,00	501,60	344,40	492,00
	32 - 46	660,00	556,80	564,00	487,20	
	47 - 60	711,60	585,60	576,00	519,60	
	61 - 65	714,00	592,80	608,40	542,40	
	66 - 70			762,00		
une personne + 2 enfants ou plus	00 - 31	667,20	492,00	558,00	528,00	786,00
	32 - 46	957,60	610,80	822,00	780,00	
	47 - 60	984,00	596,40	828,00	506,40	
	61 - 65	984,00	646,80	664,80		
	66 - 70	0,00	0,00	818,40	0,00	
2 adultes	00 - 31	799,20	672,00	666,00	649,20	931,20
	32 - 46	993,60	846,00	915,60	892,80	
	47 - 60	1 147,20	912,00	972,00	924,00	
	61 - 65	1 155,60	960,00	980,40	932,40	
	66 - 70	1 399,20		1 272,00		
2 adultes + enfant(s)	00 - 31	1 047,60	865,20	788,40	757,20	1 060,80
	32 - 46	1 248,00	936,00	1 038,00	1 000,80	
	47 - 60	1 398,00	990,00	1 094,40	1 032,00	

	61 - 65	1 404,00	1 032,00	1 104,00	1 040,40	
	66 - 70	1 648,80		1 394,40		

	âge	H180*	H90*	3H180*	3H90*	3H50*	3AD
Une personne seule		1 183,20	823,20	777,60			571,20
2 personnes		2 164,80	1 345,20	1 476,00	948,00	0,00	1 008,00
3 personnes			0,00	1 758,00			1 279,20
4 personnes ou plus				1 898,40			1 431,60

Une personne seule imposable	71-75	1 142,40					
	76-80	1 147,20					
	81-...	1 154,40					
2 personnes ou plus imposables		2 070,00	1 269,60				

Une personne seule non imposable	66-70	1 062,00	774,00				
	71-75	1 068,00	775,20				
	76-80	1 072,80	799,20				
	81-...	1 075,20	814,80				
2 personnes ou plus non imposables	66-70		986,40				
	71-75		998,40				
	76-80		1 002,00				
	81-...	1 791,60	1 006,80				

Une personne en ALD	si adhésion avant le 66e anniversaire	47-60	954,00	0,00			
		61-65	958,80	0,00			
		66-70	963,60	687,60			
		71-75	969,60	691,20			
		76-80	975,60	693,60			
	81-...	980,40	696,00				
	si adhésion entre 66 et 75 ans		1 171,20	826,80			
	si adhésion après 75 ans		1 364,40	964,80			

2 personnes en ALD	si adhésion avant le 66e anniversaire		1 843,20	1 172,40			
	si adhésion entre 67 et 75 ans			1 399,20			
	si adhésion après 75 ans			1 639,20			

\* mutualistes dont l'adhésion à la mutuelle est antérieure au 1er janvier 1988

	âge	Ent.100 "G"	ALJ	Bmlj	3GTNS	TTL	Ent.90 "C"
Une personne	00 - 31	702,00	0,00	387,60	531,60	535,20	606,00
	32 - 46	712,80	460,80	522,00			615,60
	47 - 60	720,00	463,20	560,40			624,00
	61 - 65	724,80	484,80	562,80			630,00
	66 - 70	744,00		723,60			636,00
Une personne avec 1 enfant	00 - 31	850,80		502,80	723,60	853,20	726,00
	32 - 46	862,80	692,40	582,00			
	47 - 60	868,80	694,80	586,80			
	61 - 65	878,40	699,60	678,00			
	66 - 70	914,40		838,80			
Une personne avec x enfants	00 - 31	1 166,40		614,40	902,40	1 011,60	
	32 - 46	1 178,40		840,00			
	47 - 60	1 184,40		844,80			
	61 - 65	1 194,00		844,80			
	66 - 70			946,80			
Un couple	00 - 31	1 177,20		729,60	1 058,40	1 054,80	901,20

	32 - 46	1 196,40		939,60			914,40	
	47 - 60	1 206,00	865,20	974,40			922,80	
	61 - 65	1 215,60	870,00	985,20			927,60	
	66 - 70	1 232,40		1 356,00			939,60	
Un couple avec un enfant	00 - 31	1 191,60				1 372,80		
	32 - 46	1 209,60						
	47 - 60	1 219,20						
	61 - 65	1 228,80						
	66 - 70	1 248,00						
Un couple avec enfant(s)	00 - 31	1 204,80		890,40	1 321,20	1 531,20	901,20	
	32 - 46	1 224,00		1 100,40				914,40
	47 - 60	1 233,60	1 015,20	1 142,40				922,80
	61 - 65	1 242,00	1 204,80	1 146,00				927,60
	66 - 70	1 260,00						939,60

Age	H200	H180	H130	H100	H95	H90	H80	H70	H50	F	3H200	3H180	3H90	Ent200	Ent100	Ent90
1	150,00	147,60	132,00	70,80	105,60	122,40	81,60	74,40	49,20	48,00	162,00	138,00	105,60	144,00	160,80	122,40
2-15	279,60	279,60	262,80	140,40	106,80	242,40	147,60	136,80	98,40	96,00	330,00	274,80	210,00	288,00	321,60	242,40
16	282,00	288,00	265,20	146,40	158,40	244,80	147,60	138,00	100,80	97,20	331,20	274,80	211,20	324,00	326,40	252,00
17	284,40	292,80	267,60	158,40	159,60	247,20	148,80	139,20	103,20	99,60	332,40	276,00	212,40	336,00	334,80	254,40
18	288,00	297,60	272,40	201,60	160,80	249,60	150,00	140,40	105,60	102,00	336,00	277,20	214,80	343,20	342,00	256,80
19	289,20	308,40	282,00	232,80	162,00	253,20	152,40	141,60	108,00	104,40	338,40	279,60	217,20	354,00	351,60	261,60
20	294,00	315,60	292,80	240,00	163,20	255,60	152,40	145,20	110,40	108,00	348,00	282,00	219,60	360,00	360,00	266,40
21	296,40	320,40	295,20	242,40	165,60	260,40	157,20	147,60	112,80	110,40	354,00	284,40	222,00	367,20	368,40	271,20
22	300,00	332,40	297,60	244,80	168,00	265,20	163,20	150,00	115,20	112,80	366,00	288,00	225,60	378,00	379,20	276,00
23	382,80	343,20	304,80	247,20	169,20	274,80	165,60	152,40	120,00	147,60	381,60	290,40	237,60	390,00	391,20	282,00
24	410,40	369,60	315,60	249,60	172,80	283,20	170,40	154,80	135,60	156,00	403,20	298,80	247,20	402,00	402,00	286,80
25	430,80	427,20	367,20	252,00	178,80	309,60	301,20	247,20	165,60	180,00	499,20	427,20	276,00	414,00	414,00	291,60
26	441,60	434,40	369,60	259,20	218,40	316,80	309,60	252,00	170,40	182,40	510,00	434,40	290,40	421,20	422,40	296,40
27	446,40	440,40	375,60	264,00	220,80	322,80	312,00	256,80	176,40	193,20	518,40	439,20	295,20	435,60	432,00	303,60
28	464,40	452,40	382,80	267,60	223,20	327,60	316,80	261,60	180,00	199,20	526,80	452,40	298,80	468,00	435,60	312,00
29	504,00	468,00	396,00	272,40	226,80	336,00	324,00	266,40	181,20	225,60	540,00	459,60	302,40	487,20	444,00	330,00
30	540,00	487,20	408,00	277,20	229,20	340,80	330,00	271,20	182,40	235,20	555,60	462,00	307,20	501,60	453,60	333,60
31	561,60	496,80	415,20	279,60	231,60	346,80	334,80	274,80	184,80	238,80	571,20	464,40	312,00	516,00	458,40	334,80
32	579,60	506,40	421,20	284,40	234,00	355,20	337,20	278,40	186,00	246,00	585,60	468,00	319,20	531,60	459,60	338,40
33	609,60	522,00	435,60	291,60	236,40	361,20	344,40	280,80	187,20	294,00	598,80	482,40	327,60	547,20	469,20	356,40
34	633,60	540,00	454,80	300,00	238,80	367,20	356,40	284,40	189,60	312,00	616,80	512,40	334,80	561,60	525,60	375,60
35	660,00	547,20	457,20	304,80	241,20	373,20	369,60	288,00	190,80	316,80	631,20	514,80	342,00	577,20	531,60	394,80
36	681,60	564,00	464,40	312,00	243,60	380,40	374,40	291,60	192,00	324,00	648,00	517,20	350,40	591,60	537,60	411,60
37	703,20	582,00	478,80	316,80	246,00	393,60	385,20	298,80	193,20	345,60	664,80	528,00	356,40	606,00	543,60	430,80
38	736,80	606,00	489,60	324,00	248,40	405,60	397,20	302,40	194,40	367,20	679,20	554,40	363,60	621,60	559,20	442,80
39	751,20	616,80	495,60	332,40	250,80	412,80	402,00	306,00	195,60	378,00	694,80	556,80	372,00	636,00	564,00	452,40
40	771,60	630,00	508,80	338,40	253,20	420,00	406,80	312,00	196,80	396,00	710,40	560,40	379,20	651,60	568,80	464,40
41	789,60	650,40	525,60	345,60	258,00	428,40	414,00	315,60	198,00	422,40	723,60	576,00	388,80	666,00	573,60	469,20
42	802,80	676,80	541,20	355,20	261,60	436,80	422,40	324,00	199,20	432,00	742,80	594,00	394,80	681,60	604,80	472,80
43	819,60	686,40	558,00	364,80	265,20	444,00	429,60	332,40	200,40	438,00	756,00	597,60	404,40	696,00	614,40	477,60
44	841,20	711,60	576,00	372,00	271,20	451,20	438,00	338,40	201,60	446,40	763,20	614,40	411,60	711,60	624,00	482,40
45	861,60	730,80	579,60	380,40	277,20	458,40	446,40	344,40	202,80	453,60	786,00	631,20	417,60	726,00	656,40	488,40
46	877,20	736,80	586,80	392,40	284,40	465,60	450,00	350,40	205,20	462,00	798,00	633,60	422,40	741,60	661,20	493,20
47	890,40	747,60	591,60	399,60	291,60	472,80	453,60	356,40	207,60	468,00	814,80	636,00	427,20	756,00	666,00	500,40
48	902,40	752,40	609,60	409,20	300,00	482,40	458,40	363,60	208,80	477,60	828,00	637,20	434,40	771,60	672,00	505,20
49	919,20	766,80	621,60	422,40	306,00	489,60	465,60	368,40	210,00	498,00	842,40	654,00	439,20	786,00	684,00	510,00
50	949,20	776,40	634,80	439,20	309,60	496,80	472,80	373,20	213,60	505,20	856,80	658,80	444,00	801,60	712,80	514,80
51	974,40	794,40	643,20	451,20	316,80	505,20	482,40	378,00	214,80	512,40	871,20	662,40	450,00	816,00	722,40	519,60
52	990,00	817,20	664,80	462,00	326,40	518,40	490,80	382,80	220,80	522,00	885,60	674,40	458,40	830,40	734,40	523,20
53	1004,40	831,60	670,80	472,80	333,60	524,40	499,20	402,00	225,60	526,80	900,00	676,80	464,40	846,00	756,00	526,80
54	1023,60	837,60	676,80	486,00	340,80	534,00	507,60	405,60	228,00	534,00	913,20	679,20	466,80	860,40	762,00	529,20
55	1044,00	841,20	686,40	496,80	350,40	540,00	513,60	409,20	230,40	538,80	927,60	681,60	469,20	876,00	768,00	532,80
56	1062,00	852,00	702,00	510,00	360,00	544,80	519,60	412,80	236,40	542,40	943,20	684,00	475,20	891,60	775,20	534,00
57	1082,40	873,60	711,60	523,20	368,40	553,20	525,60	418,80	244,80	547,20	957,60	698,40	482,40	906,00	781,20	540,00
58	1089,60	890,40	724,80	537,60	376,80	565,20	534,00	423,60	248,40	555,60	973,20	702,00	490,80	920,40	811,20	547,20
59	1096,80	904,80	751,20	549,60	387,60	578,40	535,20	429,60	250,80	567,60	992,40	704,40	499,20	936,00	817,20	555,60
60	1105,20	939,60	768,00	561,60	398,40	596,40	538,80	434,40	258,00	579,60	1011,60	724,80	507,60	950,40	825,60	560,40
61	1111,20	955,20	777,60	577,20	430,80	612,00	541,20	439,20	268,80	590,40	1030,80	727,20	522,00	964,80	826,80	566,40
62	1122,00	963,60	789,60	588,00	445,20	624,00	544,80	445,20	270,00	602,40	1047,60	730,80	529,20	980,40	831,60	573,60
63	1135,20	973,20	800,40	602,40	460,80	634,80	547,20	451,20	271,20	607,20	1066,80	733,20	536,40	996,00	835,20	578,40
64	1148,40	984,00	810,00	621,60	472,80	644,40	549,60	458,40	274,80	612,00	1084,80	735,60	546,00	1010,40	838,80	583,20
65	1160,40	992,40	828,00	666,00	487,20	651,60	552,00	464,40	277,20	615,60	1104,00	738,00	553,20	1026,00	841,20	588,00
66	1171,20	1002,00	847,20	697,20	498,00	663,60	560,40	471,60	286,80	619,20	1122,00	740,40	562,80	1038,00	0,00	0,00
67	1196,40	1035,60	876,00	717,60	510,00	685,20	573,60	477,60	295,20	621,60	1142,40	759,60	568,80	0,00	0,00	0,00
68	1209,60	1068,00	907,20	733,20	524,40	700,80	582,00	482,40	313,20	624,00	1162,80	768,00	576,00	0,00	0,00	0,00
69	1218,00	1092,00	920,40	751,20	535,20	714,00	595,20	489,60	322,80	627,60	1182,00	771,60	584,40	0,00	0,00	0,00
70	1224,00	1100,40	940,80	768,00	547,20	728,40	602,40	495,60	325,20	632,40	1203,60	774,00	595,20	0,00	0,00	0,00
71	1244,40	1118,40	960,00	783,60	559,20	738,00	613,20	501,60	332,40	636,00	1221,60	778,80	604,80	0,00	0,00	0,00
72	1257,60	1141,20	991,20	800,40	571,20	753,60	624,00	508,80	345,60	638,40	1243,20	790,80	614,40	0,00	0,00	0,00
73	1262,40	1161,60	1008,00	817,20	584,40	771,60	640,80	519,60	358,80	639,60	1266,00	804,00	622,80	0,00	0,00	0,00
74	1268,40	1179,60	1022,40	838,80	597,60	786,00	648,00	528,00	364,80	643,20	1288,80	806,40	632,40	0,00	0,00	0,00
75	1274,40	1195,20	1024,80	856,80	612,00	799,20	654,00	538,80	370,80	644,40	1305,60	808,80	643,20	0,00	0,00	0,00
76	1279,20	1204,80	1038,00	873,60	627,60	805,20	660,00	544,80	373,20	649,20	1326,00	811,20	654,00	0,00	0,00	0,00
77...	1286,40	1218,00	1048,80	886,80	640,80	814,80	662,40	548,40	375,60	650,40	1340,40	813,60	662,40	0,00	0,00	0,00