

TITRE I^{er} FORMATION, OBJET ET COMPOSITION D'APRÉVA MUTUELLE

CHAPITRE I^{er} FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1^{er} - Dénomination de la Mutuelle

La Mutuelle dénommée Apréva mutuelle, est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 775 627 391.

Article 2 - Siège de la Mutuelle

Le siège de la Mutuelle est situé à LILLE, 20, boulevard Papin.

Son siège pourra être transféré en tout autre lieu des régions Nord – Pas-de-Calais – Picardie sur simple décision du Conseil d'Administration, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale.

Article 3 - Objet de la Mutuelle

La Mutuelle a pour objet de mener des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans l'intérêt de ses membres ou de leurs ayants droit, en vue d'assurer notamment la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences, et de favoriser leur développement culturel, moral, intellectuel et physique ainsi que l'amélioration de leurs conditions de vie.

Dans ce cadre, la Mutuelle se propose de :

- fournir à ses membres participants et à leurs ayants droit des prestations d'assurance relevant des branches suivantes :
 - Accidents,
 - Maladie,
 - 20 Vie,
 - 21 Natalité nuptialité,
- participer à la protection complémentaire instaurée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle,
- allouer à ses membres participants et à leurs ayants droit des prestations annexes ou accessoires à caractère sanitaire ou social, dans la limite arrêtée par l'Assemblée Générale, dans les conditions légales et réglementaires, en gérant un fonds social.
- En outre, la Mutuelle peut :
 - accepter les engagements mentionnés au point 1 en réassurance ou en coassurance,
 - céder tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue à un ou plusieurs organismes relevant ou non du Code de la mutualité, à tout organisme habilité pratiquant la réassurance.
 - dans les conditions prévues à l'article L.116-1 et suivants du Code de la mutualité, recourir à des intermédiaires d'assurance,
 - en vertu des mêmes articles du Code de la mutualité, introduisant le cadre juridique sur l'intermédiation, exercer une activité d'intermédiation,
 - conclure, en vertu des points 2 et 3 ci-dessus mentionnés, des conventions de délégations de gestion,
 - à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues à l'article L.221-5 du Code de la mutualité, pour la délivrance de ces engagements, dans la limite de son objet social.
- conduire, en partenariat, des programmes d'action, de coordination de soins et de maîtrise des dépenses de santé au profit des adhérents de

- la Mutuelle et de leurs ayants droit.
- souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance, d'une compagnie d'assurance, afin d'assurer au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit la couverture des risques ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L.111-1 du Code de la mutualité, notamment en application de l'article L.221-3 du Code de la mutualité.
 - décider d'adhérer sur décision de son Assemblée Générale, et dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires régissant ces opérations, à toute union de groupe mutualiste (UGM) ou à toute union mutualiste de groupe (UMG) ou à tout groupement comprenant des organismes régis par le Code de la sécurité sociale ou par le Code des assurances.

Article 4 - Objet des statuts

Les présents statuts définissent les règles de participation des membres au fonctionnement de la Mutuelle, conformément aux dispositions de l'article L.114-1 alinéa 1 du Code de la mutualité. Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent par tout moyen. Les conditions d'application des statuts sont détaillées dans le règlement intérieur de la Mutuelle.

Article 5 - Respect de l'objet des mutuelles

Les organes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini à l'article L.111-1 du Code de la mutualité et s'engagent à respecter les principes inscrits dans ledit Code et la Charte de la mutualité Française.

Article 6 - Informatique et libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

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

CHAPITRE II – COMPOSITION DE LA MUTUELLE CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 - ADHÉSION

Article 7 - Catégories de membres et ayants droit

La Mutuelle se compose de membres participants, de membres honoraires et d'ayants droit.

- Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle. Peuvent adhérer à la Mutuelle en qualité de membres participants les personnes qui remplissent les conditions suivantes :
 - être affilié à un régime de sécurité sociale en France,
 - être âgé de plus de 16 ans,

- soit faire partie d'une personne morale ayant adhéré à la Mutuelle, dans le cadre d'opérations collectives, soit avoir sollicité la Mutuelle, pour une adhésion hors opérations collectives, en remplissant un bulletin d'adhésion.
- Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle et qui ont fait l'objet d'un agrément préalable par le Conseil d'Administration, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif ou rempli un bulletin d'adhésion.

Les ayants droit des membres participants qui peuvent bénéficier des prestations de la Mutuelle sont :

- en dehors du cadre des opérations de Prévoyance Collective :
 - les conjoints, concubins, personnes pacées,
 - les ascendants à charge au sens du Régime Obligatoire et vivant sous le toit du membre participant,
 - les enfants handicapés, sans limite d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux handicapés,
 - les enfants s'ils bénéficient du Régime Obligatoire sous le numéro du membre participant ou celui de son conjoint ou concubin,
 - les enfants étudiants, jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28^{ème} anniversaire,
 - les enfants ayant la qualité d'apprenti si leur revenu mensuel brut est inférieur à 75% du SMIC,
 - les enfants, jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 25^{ème} anniversaire si leur revenu mensuel brut est inférieur à 75% du SMIC et si le chef de famille est adhérent depuis plus de 5 ans. Pour bénéficier de la qualité d'ayant droit l'enfant doit résider au domicile du membre participant, sauf s'il est étudiant.

- pour les opérations de Prévoyance Collective :
 - toute personne ayant droit sur le compte d'une personne assurée sociale au sens du Code de la sécurité sociale ou considérée comme fiscalement à charge en référence au Code général des impôts, selon l'option retenue par l'employeur ou la personne morale souscriptrice du contrat.

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

Article 8 - Adhésion individuelle

Sous réserve des dispositions spéciales du Code de la sécurité sociale relatives à la CMUC, acquièrent la qualité de membres participants à la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 des présents statuts et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par les règlements mutualistes.

Article 9 - Adhésion dans le cadre des contrats collectifs

1 - Opérations collectives facultatives :

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la

personne morale souscriptrice et la Mutuelle ainsi que de la notice d'information qui l'accompagne.

II - Opérations collectives obligatoires :

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Les statuts, règlement intérieur, droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle ainsi que la notice d'information qui l'accompagne s'imposent au membre participant.

SECTION 2 - RÉSILIATION

Article 10 - Démission

Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance. La Mutuelle peut, dans des conditions identiques, résilier le contrat collectif, à l'exception des opérations portant sur les garanties frais de santé individuelles ou collectives facultatives.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de la Loi dite « Chatel », le membre participant est informé de son droit à résiliation dans son avis d'échéance annuelle de cotisations. Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant la date limite du droit à démission ou après cette date, le membre participant est informé, avec cet avis, qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date de l'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de démission court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste. Lorsque cette information ne lui a pas été adressée dans les conditions requises, le membre participant peut, à tout moment à compter de la date de reconduction, par lettre recommandée, notifier sa démission, sans pénalités. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste. Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

Article 11 - Résiliation anticipée

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, pour les opérations individuelles, dans les conditions suivantes :

- lorsque le membre participant change de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession ou est mis à la retraite ou cesse définitivement son activité professionnelle, et que les risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans sa situation nouvelle, conformément aux termes de l'article L.221-17 du Code de la mutualité,
- en cas d'ouverture de droits à la Couverture Maladie Universelle,
- en cas de décès du membre participant,
- en cas de mise en place d'une couverture complémentaire santé par l'employeur du membre participant, lorsqu'aucune dispense d'affiliation n'est prévue pour la durée restant à courir jusqu'à la date d'échéance de son contrat individuel.

L'ayant droit conjoint ou pacsé ou concubin peut également sortir du contrat en cours d'année en

cas de jugement de divorce, de rupture du PACS consacrée par un extrait d'acte de naissance ou de déclaration attestant la séparation de fait. Il est alors proposé à cet ex-ayant droit conjoint ou concubin ou pacsé de signer un contrat individuel.

L'ayant droit enfant peut également sortir du contrat en cours d'année en cas de jugement prononçant la déchéance de l'autorité parentale ou son émancipation.

Article 12 - Radiation

La radiation peut être prononcée par la Mutuelle pour défaut de paiement des cotisations, dans les conditions prévues aux articles L.221-7 et L.221-8 du Code de la mutualité.

En cas de non-paiement des cotisations, la Mutuelle se réserve le droit d'appliquer les frais de recouvrement (frais de rappel et de mise en demeure).

En cas de rejet de prélèvement ou de chèque impayé, la Mutuelle peut imputer au membre participant et honoraire les frais fixés par l'organisme bancaire.

Article 13 - Exclusion

Peuvent être exclus les membres participants ou honoraires qui auront volontairement, par leur comportement ou leurs actes, porté atteinte aux intérêts de la Mutuelle.

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

Article 14 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues dans les présents statuts, les règlements mutualistes et les contrats collectifs et notices d'information, et/ou dans le Code de la mutualité.

En cas de résiliation valable en cours d'année, le retour de la carte de tiers-payant est obligatoire, sous peine de poursuites pour utilisation frauduleuse. Le certificat de radiation ne pourra être délivré que s'il a été satisfait à cette obligation.

Concernant les démissions à échéance annuelle, le certificat de radiation ne sera délivré qu'après paiement de la dernière échéance due.

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 - DÉLÉGUÉS, SECTIONS DE VOTE, COMPOSITION, ÉLECTION

Article 15 - Délégués et sections de vote

Tous les membres participants et honoraires sont répartis en sections de vote.

L'étendue et la composition des sections de vote sont fixées par le Conseil d'Administration sous la forme d'une liste tenant compte :

- de la répartition géographique des membres participants sur le territoire,
- de la répartition des contrats individuels/collectifs sur le territoire.

Cette liste comporte le nombre exact de postes de délégués titulaires et suppléants à pourvoir.

Le Conseil d'Administration déterminera le rattachement des membres participants ou bénéficiaires résidant hors région d'influence d'Apréva mutuelle, à savoir Nord - Pas-de-Calais - Picardie.

Article 16 - Composition de l'Assemblée Générale

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

Article 17 - Election ou désignation des délégués

Peuvent être éligibles aux postes de délégués titulaires ou suppléants, les membres participants et membres honoraires personnes physiques.

Les membres participants ou honoraires personnes physiques élisent les délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle par correspondance ou par tout autre moyen mis à leur disposition (notamment le vote par internet). Les délégués sont élus pour six ans ; leur mandat s'achevant à l'issue de l'Assemblée Générale statuant sur les comptes de l'exercice écoulé et tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat.

Les élections ont lieu à bulletins secrets suivant le mode de scrutin de liste majoritaire à un tour et sans panachage.

La perte de la qualité de membre participant ou honoraire personne physique entraîne celle de délégué.

Article 18 - Nombre de délégués

Les membres participants et honoraires personnes physiques élisent 1 délégué titulaire par tranche de 2 000 membres et des suppléants.

Article 19 - Membres et délégués de droit dans la mutuelle Apréva Réalisations mutualistes

Les membres participants et honoraires ainsi que les délégués de la Mutuelle Apréva sont respectivement membres et délégués de droit de la mutuelle dédiée Apréva Réalisations Mutualistes, Mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 442 944 088.

La part annuelle de cotisation versée par les membres participants et affectée à la mutuelle Apréva Réalisations Mutualistes est de 1 €.

SECTION 2 - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 20 - Convocation annuelle obligatoire

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

Il la réunit au moins une fois par an.

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

Article 21 - Autres convocations

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le Conseil d'Administration,
2. les Commissaires aux Comptes,
3. l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
4. un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
5. les liquidateurs.

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

Article 22 - Modalités de convocation de l'Assemblée Générale

La convocation est faite dans les conditions et délais déterminés par les dispositions légales et réglementaires en vigueur (articles L.114-8 et D.114-1 et suivants du Code de la mutualité). La convocation est adressée par lettre ordinaire, à chaque délégué.

Le délai entre la date de convocation à l'Assemblée Générale et la date de tenue de celle-ci est d'au moins quinze jours sur première convocation et d'au moins six jours sur deuxième convocation. En cas d'ajournement par décision de justice, cette décision peut fixer un délai différent (article D.114-4 du Code de la mutualité).

Lorsqu'une Assemblée n'a pu délibérer régulièrement, faute du quorum requis, une nouvelle assemblée est convoquée dans les formes prévues à l'article D. 114-3 du Code de la mutualité et la convocation rappelle la date de la première Assemblée Générale (Article D. 114-5 du Code de la mutualité). Les Délégués à 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 23 - Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Il doit être indiqué dans la convocation ou joint en annexe.

Toutefois, le quart des délégués peut requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolutions selon les conditions requises par l'article D.114-6 du Code de la mutualité.

Les demandes d'inscription à l'ordre du jour d'une Assemblée Générale de projets de résolutions doivent être adressées, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au Président du Conseil d'Administration de la Mutuelle, cinq jours au moins avant la date de la réunion de l'Assemblée Générale.

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

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

Article 24 - Compétences de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale statue obligatoirement sur toutes les questions qui lui sont réservées par l'article L.114-9 du Code de la mutualité, à savoir :

- l'élection des membres du Conseil d'Administration, et le cas échéant, à leur révocation,
- l'attribution d'indemnités aux administrateurs dans le cadre des dispositions prévues par le Code de la mutualité,
- les modifications des statuts,
- les activités exercées,
- les montants des droits d'adhésion, lorsqu'ils sont prévus par les statuts ; ce montant ne peut varier que dans les limites fixées par décret ; en tout état de cause, il est fixé une fois par an et est le même pour toutes les adhésions de l'exercice,
- le montant du fonds d'établissement,
- les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu des règlements mutualistes défini par l'article L.114-1, 6^{ème} alinéa du 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, conformément aux articles L.111-2, L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- le compte rendu des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion des contrats collectifs,
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la mutualité,
- 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 ainsi que les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- le rapport spécial du Commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées,

mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la mutualité,

- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III du Code de la mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux Comptes prévu à l'article L.114-39 du même code,
- le plan de financement prévisionnel prévu à l'article L.310-3 du Code de la mutualité,
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité.

L'Assemblée Générale décide :

1. la nomination des Commissaires aux Comptes,
2. la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
3. les délégations de pouvoir prévues à l'article 27 des présents statuts,
4. 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.

Article 25 – Empêchement et procuration - Vacance - Quorum et Majorité

I. Empêchement et procuration

Les délégués titulaires empêchés d'assister à l'Assemblée Générale sont autorisés à voter par procuration, conformément à la faculté prévue par l'article L.114-13, alinéa 2, du Code de la mutualité. Le cas échéant, ils doivent remplir une formule de vote et l'adresser au délégué qu'ils choisissent de mandater, dans les conditions prévues à l'article R.114-2 du Code de la mutualité. Le nombre de mandats réunis par un même représentant ne peut excéder deux.

II. Vacance

En cas de vacance en cours de mandat, pour quelque cause que ce soit, d'un poste de délégué titulaire, celui-ci est remplacé par un délégué suppléant disponible qui achève ainsi le mandat de son prédécesseur. Ce remplacement est effectué dans le respect des critères électifs du délégué titulaire : groupe d'appartenance (individuel / collectif) et section de vote. En cas de pluralité de suppléants, le choix se fera par ordre alphabétique.

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

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, le montant du fonds d'établissement, la délégation de pouvoir prévue à l'article 27 des présents statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre des délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart des délégués.

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

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

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

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement quel

que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés.

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, qui est approuvé par l'Assemblée Générale lors de la séance suivante.

Article 26 - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres participants et honoraires, sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle défini à l'article 3 des statuts et au Code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues à l'article 11 du règlement mutualiste général.

Article 27 - Délégation de pouvoir de l'Assemblée Générale

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

Cette délégation n'est valable qu'un an.

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

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 - COMPOSITION ET ÉLECTION

Article 28 - Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé d'administrateurs élus parmi les membres participants et honoraires, dont le nombre est au minimum de 10 et au maximum de 36.

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

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité. Toute élection ou nomination intervenant en méconnaissance de ces dispositions est nulle.

Article 29 - Présentation des candidatures

La déclaration de candidature au poste d'administrateur est individuelle. Elle doit être adressée au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue quinze jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale ou déposée contre récépissé audit siège, dans le même délai.

Article 30 - Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

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

- être âgés de 18 ans révolus,
- ne pas avoir exercé de fonctions salariées au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la mutualité,
- justifier d'au moins 12 mois d'adhésion,
- être à jour de leurs cotisations.

En outre, tout candidat au poste d'administrateur devra prendre connaissance des engagements réciproques de la charte de l'administrateur et de son annexe rédigées par la Mutuelle. Après une période de réflexion et préalablement à l'Assemblée Générale procédant à l'élection ou au Conseil d'Administration proposant l'élection d'un candidat au poste d'administrateur, le candidat devra avoir manifesté son approbation à respecter la charte et son annexe s'il est élu.

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

d'Administration.

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

Article 31 - Modalités de l'élection - Durée

Les membres du Conseil d'Administration sont élus au bulletin secret par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale au scrutin uninominal majoritaire à deux tours, pour une durée de six ans ; ils sont renouvelables par tiers tous les deux ans.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- 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,
- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 30 des présents statuts,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul (ils présentent alors leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article),
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité,
- lorsqu'ils sont révoqués par l'Assemblée Générale, ce qui peut advenir à tout moment.

Article 32 - Renouvellement du Conseil d'Administration

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu par tiers, tous les deux ans.

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

Les administrateurs sortants sont rééligibles.

Article 33 - Vacance

Lorsqu'un poste d'administrateur est devenu vacant, en cours de mandat, pour quelque cause que ce soit, il est procédé, lors de l'Assemblée Générale qui suit la vacance, à l'élection d'un administrateur destiné à le remplacer pour la durée restante de son mandat.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs deviendrait inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale ordinaire réunie extraordinairement serait convoquée, dans les plus brefs délais, par le Président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

SECTION 2 - REUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 34 - Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président, et au moins 3 fois par an. Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration six jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Le Président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration, qui délibère alors, en premier lieu, sur cette présence.

Article 35 - Représentation des salariés au Conseil d'Administration

Deux représentants des salariés de la Mutuelle assistent, sans prendre part au vote, aux séances du Conseil d'Administration.

Ces représentants sont désignés pour deux ans par le Comité Central d'Entreprise parmi ses membres.

Article 36 - Délibérations du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement

que si la moitié au moins de ses membres sont présents, étant souligné que les administrateurs absents ne peuvent se faire représenter. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

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

Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletin secret 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.

SECTION 3 - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 37 - Compétences du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle. Le Conseil d'Administration, lorsqu'il nomme un Dirigeant salarié, fixe sa rémunération en respectant les prescriptions de l'article L.114-31 du Code de la mutualité et peut le révoquer à tout moment. Le Conseil d'Administration doit veiller à ce que le Dirigeant salarié n'ait fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la mutualité et se prononcer sur la compatibilité de ses fonctions avec les activités professionnelles ou fonctions électives qu'il entend conserver et qu'il est tenu de déclarer. Lorsqu'il est nommé, les dispositions des articles 44, 45 et 46 des présents statuts sont applicables au Dirigeant salarié.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi et en particulier celles reprises sous l'article L.114-17 du Code de la mutualité. A ce titre, le Conseil d'Administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du Conseil d'Administration ou du dirigeant.

Article 38 - Délégations d'attributions par le Conseil d'Administration

Le Conseil peut, sous sa responsabilité et son contrôle, confier l'exécution de certaines missions, qui ne portent pas sur la politique générale de la Mutuelle et qui ne lui sont pas expressément réservées par la Loi, soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions, soit au Dirigeant salarié, lorsqu'il est nommé. Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Le Conseil d'Administration peut confier au Président ou à un administrateur nommé désigné, et au Dirigeant salarié lorsqu'il est nommé, le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le Président ou l'administrateur ou le Dirigeant salarié ainsi désigné, agit sous le contrôle et l'autorité du Conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

Article 39 - Délégations de pouvoirs aux salariés

Des salariés peuvent se voir déléguer par le Président ou un administrateur, sous réserve de l'acceptation expresse du Conseil d'Administration et dans la limite de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer en leur nom certains actes ou de prendre certaines décisions.

Le Conseil d'Administration peut également consentir, en cas d'empêchement du titulaire, une délégation au profit d'un autre salarié.

SECTION 4 - STATUT DES ADMINISTRATEURS

Article 40 - Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites.

La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 et L.114-27 du Code de la mutualité, ainsi qu'aux articles R.114-4 et suivants et à l'article A.114-0-26 du même Code.

Article 41 - Remboursement des frais aux administrateurs

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par l'article L.114-0-26 du Code de la mutualité.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par le même Code et les textes réglementaires pris pour son application.

Article 42 - Situations et comportements interdits aux administrateurs

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 toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-0-26 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 une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 44 et 45 des présents statuts ainsi qu'aux articles L.114-32, L.114-33 et L.113-34 du Code de la mutualité.

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 43 - Obligations des administrateurs

Les administrateurs :

- veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts et sont tenus à une obligation de réserve et de confidentialité des informations recueillies dans le cadre de leurs fonctions,
- sont tenus de faire connaître les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard,
- sont tenus de suivre le plan de formation qui leur est proposé conformément à l'article L.114-25 du Code de la mutualité,
- 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,
- sont tenus de respecter la charte de l'administrateur et son annexe dont l'objet est :
 - . d'améliorer la qualité de la gouvernance de la Mutuelle, de son organisation et de sa gestion,
 - . de favoriser la mise en œuvre des principes et des bonnes pratiques mutualistes,
 - . de contribuer à la qualité du travail des administrateurs,
 - . de permettre à leurs compétences de s'exercer pleinement,
 - . d'assurer l'entière efficacité de la contribution de chaque administrateur dans le respect des règles d'indépendance, d'éthique et d'intégrité qui est attendu d'eux.

Article 44 - Conventions réglementées soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration

Sous réserve des dispositions des articles 45 et 46 des présents statuts, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs, ou

une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, Directeur Général, membre du Directoire, du Conseil de Surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale. Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité.

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

Le Conseil d'Administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

Article 45 - Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs, telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du Code de la mutualité, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux Commissaires aux Comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale dans les conditions de l'article L.114-33 du Code de la mutualité.

Article 46 - Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs, sauf prestations offertes à tous les membres participants au titre de l'action sociale, de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Dans tous les cas, le Conseil d'Administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs.

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

Article 47 - Responsabilité

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

CHAPITRE III - PRESIDENT ET BUREAU

SECTION 1 - ELECTION ET MISSIONS DU PRESIDENT

Article 48 - Election

Le Conseil d'Administration élit, parmi ses membres, un Président qui est nécessairement une personne physique, à bulletin secret, au scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Le Président est élu pour une durée de deux ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'Administrateur. Il est rééligible.

Toutefois la limite d'âge de la fonction présidentielle est de 70 ans ; il est mis fin aux fonctions du Président lors de l'Assemblée Générale tenue au cours de l'année calendaire suivant immédiatement celle où

le Président aura atteint l'âge de 70 ans.

Le Président peut à tout moment être révoqué par le Conseil d'Administration.

Article 49 - Vacance

En cas de vacance du poste de Président, pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'Administration pourvoit à son remplacement, pour la durée de son mandat restant à courir, en élitant parmi ses membres un nouveau Président.

Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Premier Vice-Président, à défaut par le Second Vice-Président, à défaut encore par le Secrétaire. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Premier ou, à défaut, le Second Vice-Président.

Article 50 - Fonctions

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

Il informe, le cas échéant, le Conseil d'Administration des procédures engagées en application de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre 1er du livre VI du Code monétaire et financier.

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

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

Il donne avis aux Commissaires aux Comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage les dépenses, il représente la Mutuelle dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'intenter une action judiciaire au nom de la Mutuelle, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle. Il la représente en justice.

En cas d'empêchement le Président est remplacé dans ses fonctions par le Premier Vice-Président et à défaut par le Second Vice-Président.

SECTION 2 - BUREAU

Article 51 - Composition

Le Bureau peut être composé au maximum de 12 postes répartis de la façon suivante :

- Le Président du Conseil d'Administration,
- Un Premier Vice-Président,
- Un Deuxième Vice-Président,
- Un Secrétaire,
- Un Secrétaire-Adjoint,
- Un Trésorier,
- Un Trésorier-Adjoint,
- D'autres membres, au nombre de 5 maximum.

Article 52 - Election du Bureau

Les membres du Bureau du Conseil d'Administration, sont élus à bulletin secret pour deux ans par le Conseil d'Administration, parmi ses membres, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration. Ils sont rééligibles.

Les membres du Bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'Administration.

En cas de vacance d'un poste de membre de Bureau, pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'Administration, peut pourvoir à son remplacement en procédant à une nouvelle élection. Le Conseil d'Administration est convoqué à cet effet par le Président. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Article 53 - Attributions du Bureau

Sans préjudice des délégations d'attribution visées à l'article 38 des présents statuts, le Bureau a compétence :

- pour la préparation des réunions de Conseil d'Administration, la collecte d'information et la préparation d'avis circonstanciés qui sont soumis aux administrateurs,
- pour tous les actes de gestion courante, requis par le fonctionnement quotidien de la Mutuelle ou qui, en raison du peu d'importance qu'ils présentent

ou de la nécessité d'une solution rapide, ne justifient pas l'intervention du Conseil d'Administration.

Article 54 - Réunions et délibérations

Le Bureau se réunit sur convocation du Président selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

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

Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions du Bureau qui prend acte de cette présence.

Lorsqu'un Dirigeant salarié est nommé, il assiste aux réunions du Bureau et apporte au Président toutes les informations nécessaires concernant les problèmes spécifiques à la gestion de la Mutuelle.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Les administrateurs, ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Bureau sont tenus à la confidentialité des informations données au cours de la réunion.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Bureau lors de la séance suivante.

Article 55 - Les Premier et Second Vice-Présidents

En cas d'empêchement du Président, le Premier Vice-Président ou, à défaut, le Second Vice-Président le supplée, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 56 - Le Secrétaire

Le Secrétaire veille au respect des procédures administratives et des dispositions statutaires et est responsable de la rédaction et de l'archivage des procès-verbaux.

Article 57 - Le Secrétaire-adjoint

Le Secrétaire-Adjoint supplée le Secrétaire en cas d'empêchement de celui-ci, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 58 - Le Trésorier

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

Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'Administration :

- les comptes annuels et les documents, états et tableaux qui s'y attachent,
- le rapport relatif aux transferts financiers entre mutuelles prévu au paragraphe m et le plan de financement prévisionnel prévu au paragraphe n de l'article L.114-9 du Code de la mutualité,
- les éléments nécessaires à l'élaboration du rapport de gestion visés à l'article L.114-17 du Code de la mutualité,
- un rapport annuel synthétique sur la situation financière de la Mutuelle.

Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et du recouvrement des recettes et créances dues à la Mutuelle. A cette fin, il s'assure de leur aspect réglementaire, des pièces jointes, des délibérations du Conseil d'Administration et de tous justificatifs nécessaires à la liquidation, au recouvrement, ainsi qu'au contrôle des opérations comptables et financières de la Mutuelle.

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

Article 59 - Le Trésorier-Adjoint

Le Trésorier-Adjoint supplée le Trésorier en cas d'empêchement de celui-ci, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

CHAPITRE IV COMITE D'AUDIT ET COMMISSIONS DU CONSEIL

Article 60 - Comité d'audit

Conformément aux bonnes règles de gouvernance, il est institué un comité d'audit qui comprend entre 5 et 7 membres choisis parmi les Administrateurs ; il peut comprendre au moins un ou deux membres

indépendants présentant des compétences particulières en matière financière ou comptable. Ses membres ainsi que son Président sont désignés par le Conseil d'Administration pour une durée de deux ans. Le Président du Conseil d'Administration ne peut pas être membre du comité d'audit.

Sa mission est d'assurer le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières, d'arrêter le plan d'audit en concertation avec les auditeurs internes et/ou externes qui le mettent en œuvre et lui en rendent compte et de veiller au bon fonctionnement des délégations et sous délégations et plus généralement conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Article 61 - Commissions du Conseil

Le Conseil d'Administration peut créer en son sein et s'il y a lieu avec des membres non administrateurs et des personnalités compétentes extérieures des commissions spécialisées dont il fixe la composition et les attributions.

TITRE III - ORGANISATION FINANCIERE

CHAPITRE I - PRODUITS ET CHARGES

Article 62 - Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

1. le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres participants ou honoraires dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale et dédié au fonds d'établissement,
2. les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
3. les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
4. les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
5. les produits financiers,
6. plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la Loi conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

Article 63 - Charges

Les charges comprennent :

1. les diverses prestations servies aux membres participants et à leurs ayants droit,
2. les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
3. les versements faits aux unions et fédérations,
4. les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds,
5. les cotisations versées au système fédéral de garantie prévu à l'article L.111-6 du Code de la mutualité,
6. la contribution prévue à l'article L.612-20 du Code monétaire et financier affectée aux ressources de l'ACPR pour l'exercice de ses missions,
7. plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

Article 64 - 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.

CHAPITRE II - MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS, REGLES DE SECURITE FINANCIERE, SYSTEME FEDERAL DE GARANTIE

Article 65 - Modes de placement et de retrait des fonds

Les placements et retraits de fonds sont réalisés dans les conditions fixées par la législation en vigueur.

Article 66 - Règles de sécurité financière

Les provisions techniques et les marges de solvabilité sont constituées conformément à la législation en vigueur.

Article 67 - Système fédéral de garantie

La Mutuelle adhère au système de garantie créé à l'initiative de la Fédération Nationale de la Mutualité Française dite « Mutualité Française ».

CHAPITRE III - COMMISSAIRES AUX COMPTES

Article 68 - 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.822-1 du Code de commerce.

Le Président convoque le(s) Commissaire(s) aux Comptes à toute Assemblée Générale.

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 consolidés et combinés établis par le Conseil d'Administration,
- prend connaissance de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du Code de la mutualité, dont il doit être avisé par le Président du Conseil d'Administration,
- établit et présente à l'Assemblée Générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la mutualité,
- fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution tout renseignement sur l'activité de celle-ci, sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- signale dans les meilleurs délais à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution tout fait ou décision mentionnés à l'article L.612-44 du Code monétaire et financier dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du Conseil d'Administration et du comité d'audit les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de commerce,
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du Code de la mutualité.

CHAPITRE IV - FONDS D'ETABLISSEMENT

Article 69 - Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est actuellement fixé à la somme de 381 100 €, en accord avec les dispositions prévues par l'article R.212-1 du Code de la mutualité.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 25-II des statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

TITRE IV - INFORMATION DES ADHERENTS

Article 70 - Etendue de l'information

Lors des formalités d'adhésion, chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du ou des règlement(s) mutualiste(s) ou de la notice d'information.

Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance par tout moyen, notamment par courrier simple, par le bulletin d'information ou via le site web de la Mutuelle (www.apreva.fr).

TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 71 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas de dissolution judiciaire ou administrative prévus par les articles L.212-15 et L.212-16 du Code de la mutualité, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 25-II des présents statuts.

La Mutuelle en informe immédiatement l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, laquelle prononce alors la caducité de l'agrément. Dans le mois de la décision constatant la caducité de l'agrément, elle soumet pour approbation à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation, ainsi que les moyens en personnel et matériels mis en œuvre pour la gestion des engagements résiduels.

L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'Administration. La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs du Conseil d'Administration et du Comité d'audit.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 25-II des présents statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du Code de la mutualité ou au Fonds de Garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la mutualité.



Agissez pour le recyclage des papiers avec Apréva mutuelle et Ecofolio.



Siège social : 20 boulevard Papin - B.P.1173 - 59012 LILLE Cedex
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - SIREN n° 775 627 391
www.apreva.fr

Apréva mutuelle



RÈGLEMENT MUTUALISTE GÉNÉRAL

APPROUVÉ PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 27 JUIN 2015



SECTION 1 : DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

SOUS-SECTION 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet

Le présent règlement mutualiste définit le contenu et la durée, dans le cadre d'une adhésion individuelle, des engagements contractuels existant entre la Mutuelle et chaque membre participant ou honoraire, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Il est adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

Il est complété par des règlements particuliers, dont les dispositions prévalent, en cas de contradiction, sur celles du présent règlement.

Tout litige, concernant l'application ou l'interprétation du règlement mutualiste général et des règlements particuliers sera d'abord examiné par le Service Réclamations de la Mutuelle, domicilié 2, rue de l'Origan - 62000 ARRAS. En cas de désaccord, le dossier accompagné des éléments indispensables à l'examen de la (des) prétention(s) sera transmis par la partie la plus diligente au Service Médiation de la FNMF, 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15. Un avis sera rendu par le médiateur désigné par la FNMF, dans les six mois de sa saisine. Cet avis s'imposera aux parties.

Article 2 - Réglementation applicable

La loi applicable au présent règlement et aux règlements particuliers est la loi Française et les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le Code de la mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61, avenue Taitbout - 75009 PARIS.

Article 3 - Date d'effet et durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion du membre participant prend effet :

- le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion signé par le membre participant et validé par la Mutuelle, si celle-ci est postérieure au 15 minuit,
- le 1^{er} jour du mois en cours si la date de réception du bulletin d'adhésion signé par le membre participant et validé par la Mutuelle est antérieure au 15 minuit.

L'adhésion prend fin lorsque le contrat est résilié, conformément aux articles 10 et suivants des Statuts.

Les garanties prennent effet, sous réserve des délais d'attente définis à l'article 14 du présent règlement :

- pour le membre participant et les ayants droit déjà nés, concomitamment à la prise d'effet de l'adhésion,
- pour les ayants droit nés après la prise d'effet de l'adhésion, le jour de leur naissance.

Les garanties sont souscrites pour une année civile et renouvelables par tacite reconduction. Elles cessent lorsqu'elles arrivent au terme défini par les règlements particuliers ou lorsque le contrat est rompu, dans les conditions définies aux articles 10 et suivants des statuts.

Article 4 - Délai de rétractation applicable au contrat mutualiste conclu à distance

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance, celui-ci dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où l'adhésion a

pris effet, soit à compter du jour où le membre participant reçoit par écrit ou sur un autre support durable les conditions d'adhésion et les informations mentionnées à l'article L.121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée précédemment. Il lui suffit, pour ce faire, d'envoyer au siège social de la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser le numéro de la catégorie) et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées ».

Article 5 - Informatique et libertés

Les informations recueillies par la Mutuelle dans le cadre du présent règlement et des règlements particuliers sont traitées dans des conditions conformes à la Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi du 6 août 2004 et explicitées à l'article 6 des Statuts.

Article 6 - Prescription

Toute action dérivant du présent règlement et des règlements particuliers se prescrit, sauf exception précisée sous l'article 21 du présent règlement, par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Dans le cas où l'ayant droit ou le bénéficiaire est mineur ou majeur placé sous régime de protection légale, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil, soit :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- citation en justice (même en référé),
- un acte d'exécution forcée, tel qu'un commandement ou une saisie signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

La prescription est également interrompue, conformément aux termes de l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, en cas de :

- désignation d'expert(s) à la suite d'un sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par la Mutuelle à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la prime, par l'assuré à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

En application de l'article L.221-12-1 du Code de la mutualité et par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier

la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

SOUS-SECTION 2 : OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE

Article 7 - Obligation de paiement des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement des cotisations définies par les règlements particuliers, dans les conditions prévues dans ces documents en contrepartie des garanties souscrites, pour eux et leurs ayants droit.

Pour percevoir les prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations. Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. A titre de faveur, elles peuvent néanmoins être fractionnées. La cotisation relative au mois au cours duquel le décès d'un membre participant ou d'un ayant droit intervient est également due. Les modalités de règlement sont détaillées sur le bulletin d'adhésion.

En toute hypothèse, il appartiendra au membre participant de vérifier que ses fractions de cotisations ont bien été prélevées ou précomptées. A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle aura la faculté de mettre en œuvre la procédure décrite à l'article 12 des statuts.

Article 8 - Obligations déclaratives

Article 8.1 - Obligation de déclaration en cas de changement de situation

Les membres participants doivent signaler à la Mutuelle, dans le mois qui suit l'événement, les changements suivants survenant dans leur situation ou celle de leur ayant droit ou bénéficiaire :

- changement de situation personnelle ou familiale (notamment nouvelle adresse, nouveau numéro de téléphone, droit à la CMU et à la CMUC, décès, mariage, PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, rupture du PACS),
- changement de situation professionnelle, notamment rupture de contrat de travail (licenciement, démission, départ à la retraite, changement de site...).

Les changements signalés, qui devront être justifiés, seront éventuellement susceptibles d'entraîner une modification des cotisations. En dehors des cas d'adhésion, tout changement de situation régulièrement signalé prend effet à la fin du mois de l'événement.

Dans le cas où la notification n'aurait pas été faite régulièrement, la Mutuelle ne pourra être tenue pour responsable.

En conséquence :

- le membre participant ne pourra prétendre ni au paiement des prestations qui, de ce fait, ne lui auraient pas été servies, ni au remboursement des cotisations qu'il aurait, pour la même cause, payées indûment avant la notification du changement,
- le membre participant devra payer les sommes dues à la Mutuelle à compter de l'événement lorsque le changement de situation entraîne une augmentation de la cotisation.

Les cotisations ne sont pas modifiées pendant les périodes d'arrêt de travail, quelle que soit l'indemnisation perçue par le membre participant.

Article 8.2 - Obligation de déclaration en cas d'accident

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

La Mutuelle est subrogée de plein droit aux

membres participants ou ayants droit victimes d'un accident, dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité de ce dernier soit entière ou partagée, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées et 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. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et aux préjudices esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

Article 8.3 - Obligation de déclaration en cas de pluralité d'assurances

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle, lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle objet du présent règlement ou des règlements particuliers, pour la mise en application des dispositions relatives à la pluralité d'assurances. Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes de complémentaire maladie produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date d'adhésion ou de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 9 - Obligation de se soumettre à un contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative, en complément d'information des demandes de remboursement. De même, le médecin de la Mutuelle, sauf cas de force majeure, devra avoir libre accès auprès du membre participant et de ses ayants droit pour constater leur état de santé. Tout refus non justifié de se conformer à son contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée, entraîne la déchéance de tout droit aux prestations prévues par le présent règlement ou les règlements particuliers, pour les prestations en cause. S'il y a contestation d'ordre médical, chaque partie désigne son médecin. Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un 3^{ème} médecin pour les départager. Si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation d'un médecin Expert pourra être sollicitée en référé, par la partie la plus diligente, auprès du Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du membre participant. Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et les frais de l'intervention du médecin qu'elle a désigné ; ceux de l'intervention du troisième sont partagés par moitié entre elles.

Article 10 - Conséquences de l'omission ou de la fausse déclaration

La Mutuelle peut, à tout moment, faire procéder à la vérification de l'exactitude des documents produits par l'assuré.

En cas d'omission ou déclaration inexacte, l'assuré est informé des inexactitudes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications.

Lorsque l'omission ou la fausse déclaration est intentionnelle, la Mutuelle peut ensuite prononcer l'annulation de la garantie, si elle porte sur l'appréciation du risque, conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité. Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à la

Mutuelle, qui a droit également au paiement des cotisations échues, sans préjudice des poursuites à engager pour le recouvrement des prestations indûment payées.

Lorsque l'omission ou la fausse déclaration est non intentionnelle :

- Si celle-ci est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, la garantie prend fin 10 jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue alors au membre participant la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.
- Si elle est constatée après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

SOUS-SECTION 3 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS LES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 11 - Obligation d'information du membre participant

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification du présent règlement ou des règlements particuliers sont portés à la connaissance de chaque membre participant, notamment par courrier simple, par mail, ou via la lettre d'information ou le site web de la Mutuelle (<http://www.apreva.fr>).

De plus, les éventuelles modifications relatives aux montants ou taux de cotisations sont récapitulées dans l'appel de cotisations que le membre participant reçoit, en fin d'année, au titre de l'année suivante.

Article 12 - Obligation de paiement des prestations

Les remboursements s'effectuent par virement sur le compte bancaire ou postal du membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit la remise de l'ensemble des justificatifs sollicités par la Mutuelle.

SECTION 2 : DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE

Article 13 - Calcul des cotisations en contrepartie des garanties frais de soins de santé

Article 13.1 - Fixation et évolution des cotisations
Les cotisations sont fixées par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration, quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les cotisations peuvent être modifiées à tout moment par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration, quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Article 13.2 - Principes généraux

Les cotisations peuvent varier en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à la Mutuelle ou du Régime Obligatoire d'affiliation ou du lieu de résidence, ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants.

La cotisation de chaque membre participant et ayant droit se calcule en fonction de son âge au premier janvier de l'année en cours. L'âge s'évalue par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

La cotisation basée sur la prise en charge du ticket modérateur, est calculée sur l'ensemble des prestations payées par la Mutuelle, auxquelles s'ajoutent :

- le coût des prestations supplémentaires suivant le choix de chaque membre,
- les frais de fonctionnement de la Mutuelle,

- la marge financière nécessaire au besoin de fonds propres de la Mutuelle,
- et les cotisations spécifiques destinées aux organismes auxquels elle est affiliée, dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements de ces organismes.

La cotisation est libellée hors taxes et contributions. Elle est majorée de la taxe de solidarité additionnelle, destinée à financer la CMU, et de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. Tous impôts, taxes ou contributions futurs dont la récupération ne sera pas interdite seront répercutés sur les cotisations courantes, qu'ils viendront majorer.

La cotisation peut être exprimée en montant ou en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au premier janvier de l'année en cours. Le pourcentage de la cotisation représenté respectivement et globalement par les frais de gestion et d'acquisition de la Mutuelle est précisé sur l'appel de cotisations annuel.

Article 13.3 - Cas particulier : bénéficiaires de l'Aide pour l'acquisition d'une Assurance Complémentaire Santé (dite « ACS »)

Certains membres participants peuvent bénéficier d'un «crédit d'impôt», au sens de l'article L. 863-1 et suivants du Code de la sécurité sociale. Ce «crédit d'impôt» consiste en une réduction que peut accorder la Mutuelle sur le tarif des cotisations normalement applicable à ce membre participant.

Article 14 - Délais d'attente des garanties frais de soins de santé

La Mutuelle peut appliquer des délais d'attente fixés dans les règlements particuliers.

Il s'agit des périodes qui suivent l'adhésion ou le changement de garantie(s) ou de combinaison de garanties pendant lesquelles les soins pratiqués ne peuvent donner lieu à aucun paiement de prestation ou à un remboursement limité.

Article 15 - Versement des prestations

Article 15.1 - Principes

La Mutuelle assure le remboursement des garanties « frais de soins de santé » complémentaires à la protection sociale de base.

Le remboursement des dépenses de frais de soins de santé par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 15.2 - Droit aux prestations

Les actes et soins médicaux dont la date est antérieure à l'ouverture des droits ne sont pas remboursables. Il en est de même pour les dépenses de santé engagées après la date de résiliation ou de démission du règlement, sauf si les conditions d'ouverture des droits étaient remplies à cette date.

Article 15.3 - Conditions de versement des prestations

Les prestations sont réglées uniquement sur présentation de l'original du décompte du Régime Obligatoire, sauf dans le cadre d'échanges de données informatisées. Les photocopies ou duplicata ne sont pas acceptés, sauf exceptions. Si le montant des frais réels engagés (dépassement d'honoraires, etc.) n'est pas indiqué sur le décompte du Régime Obligatoire, il convient de joindre soit la photocopie de la feuille de maladie, soit la note d'honoraires du praticien.

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'adhérent doit faire parvenir à la Mutuelle les documents originaux ou certifiés conformes indiqués ci-dessous :

- soins ambulatoires : facture détaillée acquittée,
- soins externes hospitaliers : facture acquittée délivrée par l'établissement hospitalier,
- soins dentaires : décompte du Régime Obligatoire et facture détaillée acquittée,
- prothèses dentaires : décompte du Régime

Obligatoire et facture acquittée détaillée par prothèse,

- actes en série (soins infirmiers, orthophoniste) : décompte du Régime Obligatoire,
- séjour : facture acquittée,
- honoraires : décompte du Régime Obligatoire et facture détaillée acquittée,
- lunettes et lentilles : facture détaillée acquittée,
- orthèse, appareillage : décompte du Régime Obligatoire et facture détaillée acquittée
- cure thermique : décompte du Régime Obligatoire ou volet de cure acquitté en cas de tiers payant, des factures d'hébergement et de transport (train, essence, attestation...),
- pharmacie : facture nominative et acquittée,
- orthodontie : facture détaillée précisant la date de début et de fin du semestre de soins,
- prothèse auditive : facture acquittée,
- frais d'accompagnement : facture nominative et acquittée de l'établissement hospitalier ou, en cas d'hébergement à l'extérieur du service, facture acquittée d'une maison de parents, d'un foyer d'accueil ou hôtel hospitalier mentionnant le nom du membre participant ou ayant droit hospitalisé et bulletin de situation,
- prestations non prises en charge par le Régime Obligatoire : prescription médicale et facture nominative acquittée par un professionnel de santé,
- pratique d'un sport en club sportif : photocopie de la licence sportive ou carte annuelle de membre d'un club de sport en cours de validité et justificatif de paiement,
- prévention soleil : facture du pharmacien mentionnant les coordonnées de l'enfant, l'indice de protection de la crème et le montant TTC de la dépense engagée,
- patchs anti douleur : facture du pharmacien mentionnant les coordonnées de l'enfant et le montant TTC de la dépense engagée.

En cas de remboursement préalable de tout ou partie du reste à charge par un autre organisme complémentaire, les documents devront mentionner le détail du montant remboursé.

Les documents fournis pour obtenir le versement des prestations sont conservés par la Mutuelle.

Article 15.4 - Point de départ du délai de prescription

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans les 24 mois suivant l'évènement qui y donne naissance, conformément aux termes de l'article 6 du présent règlement.

Le point de départ est fixé aux dates ci-après pour les prestations suivantes :

- soins ambulatoires : date des soins,
- soins externes hospitaliers : date des soins,
- soins dentaires : date des soins,
- prothèses dentaires : date d'exécution,
- actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste, ...) : date des soins,
- séjour : date d'entrée,
- honoraires : date des soins,
- lunettes et lentilles acceptées par le Régime Obligatoire : date de facturation,
- lentilles refusées par le Régime Obligatoire : date de facturation,
- appareillage : date de facturation,
- cure thermique : date de fin de cure,
- pharmacie : date de facturation,
- orthodontie : date des soins.

Article 15.5 - Tiers Payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé, directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

La Mutuelle assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le membre participant et ses ayants droit.

L'adhésion à la Mutuelle entraîne, ipso facto, procuration générale et permanente donnée

à celle-ci pour encaisser, aux lieux et place du membre participant de ladite Mutuelle, les prestations dues à celui-ci par la caisse primaire de Sécurité sociale ou par l'organisme de gestion du régime spécial auquel il est affilié.

Le membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte. A défaut, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

En cas de pratique du tiers payant, le professionnel de santé doit, pour obtenir le paiement de ses honoraires, faire parvenir à la Mutuelle les données requises, au choix par :

- échange Noémie : la Mutuelle règle les prestations en fonction des éléments pris en compte par les Régimes Obligatoires,
- télétransmission (directe ou via concentrateur),
- voie papier : bordereaux.

Article 16 - Garanties

Article 16.1 - Contrats responsables

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent, sauf exceptions précisées dans les règlements particuliers, le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale, particulier correspondant à la garantie choisie.

La garantie responsable prend en charge au minimum :

- Sur l'ensemble des postes de garantie, le Ticket Modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire à l'exception toutefois des cures thermales, des médicaments remboursés à 15 %, des médicaments remboursés à 30 % et de l'homéopathie.
 - Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers sans limitation de durée.
 - Si le contrat prévoit leur prise en charge, les dépassements d'honoraires sont pris en charge de façon différenciée pour les médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et les médecins non adhérents au CAS. Pour les médecins non adhérents au CAS, la prise en charge des dépassements tarifaires est plafonnée et soumise à une double limite à savoir : 100 % du tarif de la Sécurité sociale, tout en respectant un écart de 20 % entre les médecins signataires et ceux qui ne l'ont pas signé.
 - Pour les équipements optiques, si le contrat les prévoit, les dépassements d'honoraires font l'objet d'une prise en charge inscrite entre un minima et un maxima différenciés par types d'équipements (ticket modérateur inclus). Dans tous les cas, pour la monture la prise en charge est limitée à 150 euros. La prise en charge ne pourra avoir lieu que tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.
- En cas d'équipement mixte (verres de corrections différentes), le forfait applicable correspond à la moyenne des deux forfaits figurant au tableau des garanties.

La garantie, responsable ou non, ne prend pas en charge :

- La majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L.1111-15 du Code de la Santé Publique (refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel),
- Les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale.
- La participation forfaitaire de 1 € et la franchise annuelle mentionnée au III de l'article

L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, dites « franchises médicales ».

En cas de changement des dispositions législatives ou réglementaires relatives au « cahier des charges du contrat responsable », dont le respect conditionne le droit à une taxe sur les conventions d'assurance minorée, les changements des garanties concernées seront considérés comme immédiatement applicables, nonobstant les clauses desdits règlements, dans l'attente de leur régularisation, celle-ci devant intervenir le plus rapidement possible.

Les membres participants seront tenus informés des modifications intervenues.

Article 16.2 - Prestations supplémentaires Frais de Soins de Santé

La Mutuelle propose, en sus des prestations énumérées ci-dessus dans la limite des dépenses engagées, de faire bénéficier ses Membres Participants et leurs ayants droit de prestations supplémentaires en fonction des garanties souscrites et dans les conditions suivantes.

Les plafonds de remboursement peuvent être exprimés par rapport à la base de remboursement du Régime Obligatoire ou en montants forfaitaires.

- Orthodontie

Si la date de début des soins est antérieure à la date d'adhésion ou de radiation, la Mutuelle rembourse le traitement pour une durée maximale de 6 mois au prorata de la période de cotisations réglées.

- Cure thermique

Un montant forfaitaire est accordé pour couvrir tout ou partie des soins dispensés pendant la cure, des honoraires, du forfait thermal, des frais d'hébergement et de transport exposés pour la cure.

- Prothèses auditives

Pour les prothèses auditives avec prise en charge du Régime Obligatoire, la prestation est limitée à un appareil par oreille tous les 5 ans. La garantie peut prévoir le remboursement des piles et entretien de l'appareil auditif.

- Frais d'accompagnement

La Mutuelle peut verser un forfait couvrant les frais de repas et/ou d'hébergement en milieu hospitalier ou en hébergement extérieur du service (maison de parents, foyer d'accueil ou hôtel hospitalier) de la personne accompagnante. Le remboursement s'effectue dans la limite d'un montant forfaitaire par journée d'hospitalisation. - Prime naissance
Sur justificatif (photocopie du livret de famille), une prime peut être attribuée au Membre Participant dans le cadre d'une naissance ou d'une adoption d'un enfant de moins de 12 ans. Le paiement de la prime est subordonné, à la condition que l'enfant soit né vivant et viable et à son inscription en tant qu'ayant droit dans les 31 jours de sa naissance.

- Pack bien-être

- Vaccin anti grippe et les autres vaccins sans prise en charge par le Régime Obligatoire.
- Dermatologue
La Mutuelle peut rembourser les actes hors nomenclature pratiqués ou prescrits par un dermatologue.
- Diététicien
La Mutuelle peut verser un forfait pour un suivi diététique et un bilan nutritionnel effectués auprès d'un(e) diététicien(ne) titulaire du diplôme d'Etat français mentionné à l'article L.4371-3 du Code de la santé publique ou de l'autorisation prévue aux articles L.4371-4 et L.4371.6 du même Code.
- Sevrage tabagique
La Mutuelle peut rembourser à hauteur d'un forfait les traitements par substituts nicotiques sans prise en charge par le Régime Obligatoire figurant dans la liste ci-après : les patchs, les

médicaments, les gommes à mâcher et les inhalateurs délivrés en pharmacie.

- Contraceptifs sans prise en charge par le Régime Obligatoire

La Mutuelle peut rembourser à hauteur d'un forfait les contraceptifs sans prise en charge par le Régime Obligatoire figurant dans la liste ci-après : les pilules de troisième génération, les préservatifs, les capes cervicales, l'anneau contraceptif, les patchs, les spermicides (crème, gel, mousse).

- Amniocentèse sans prise en charge par le Régime Obligatoire

La Mutuelle peut verser un forfait pour permettre à la future maman d'accéder à l'examen d'amniocentèse lorsqu'il n'est pas pris en charge par le Régime Obligatoire.

- Thalassothérapie jeune maman

La Mutuelle peut verser un forfait pour la thalassothérapie jeune maman, à condition que celle-ci soit effectuée dans les douze mois qui suivent la naissance de l'enfant et que celui-ci soit inscrit comme ayant droit du contrat. Le forfait est attribué une seule fois par accouchement. Le remboursement des prestations thalassothérapie n'est pas cumulable avec la prestation cure thermique. Pour être prise en charge, la thalassothérapie doit être effectuée en France Métropolitaine.

- Ostéodensitométrie osseuse

La Mutuelle peut prendre en charge les actes d'ostéodensitométrie osseuse sans prise en charge par le Régime Obligatoire à hauteur d'un forfait.

- Pédicure – Podologue

La Mutuelle peut verser une somme forfaitaire pour les actes de soins des pieds, de la peau et des ongles relevant du domaine médical, dispensés par le pédicure. Sont également pris en charge les traitements ou soins dispensés par un podologue ou un podothérapeute.

- Ostéopathie

La Mutuelle peut verser un forfait pour les séances d'ostéopathie. Pour bénéficier d'une prise en charge de la Mutuelle, il faut que les séances d'ostéopathie soient effectuées par un ostéopathe titulaire d'une formation ou d'un diplôme d'ostéopathie ou d'une autorisation d'exercice, conformément à l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

- Médecines douces

La Mutuelle peut verser un forfait, par an et par Membre Participant et ayant droit, pour des consultations ou des séances pratiquées par un professionnel de santé dont les spécialités sont listées dans le tableau des garanties de la garantie souscrite.

- Pratique d'un sport en club sportif

La Mutuelle verse un forfait par an et par Membre Participant et ayant droit pour la prise en charge d'une partie de la cotisation relative à la pratique d'un sport.

Sont exclus les sports reconnus comme extrêmes ou réputés dangereux et les sports relatifs à la chasse ou au tir, visés ci-dessous :

- Sports de glisse : airboard, freeboard, kite surf, snowboard, speedriding, surf, streetluge, longskate, le ski extrême, l'alpinisme,
- Sports mécaniques : quad, roller derby, stunt, FMX, moto cross, karting,
- Sports à sensations : apnée, base jump, chute libre, saut à l'élastique, skysurf, urban climbing, cascade de glace, plongeon, rafting, dry tooling, escalade, parapente, échasses urbaines, deltaplane, voltige, cyclisme de descente, surf, spéléologie, parachutisme, montgolfière, vol à voile, ULM.
- Sports de loisirs : pêche, chasse (quelle que soit la nature de la chasse), ball-trap, tir.

- Prévention soleil

La Mutuelle peut verser un forfait par enfant de moins de 16 ans pour la crème solaire affichant un indice de protection égal ou supérieur à 30.

- Patchs anti douleur

La Mutuelle peut verser un forfait par enfant de moins de 16 ans, pour les patchs anti douleur.

Article 16.3 - Limites de remboursements

En optique

- L'attribution du forfait se fait par périodes de 2 ans, cette durée est fixe et s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
- Les verres solaires ou teintés sont exclus de toute garantie, sauf sur prescription médicale.
- Pour le poste lentilles, les produits et accessoires ne sont pas pris en charge dans le forfait.

En dentaire

Sont exclues de tous remboursements les prothèses dites « provisoires ».

Et plus généralement, sous réserve du respect des obligations de prise en charge prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle ne garantit pas les frais de traitement et opérations de rajeunissement et les frais de chirurgie esthétique.

SECTION 3 : DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES DÉCÈS ET ASSIMILÉES

Article 17 - Objet des garanties

Article 17.1 - Garantie de Base : en cas de décès

Si prévu aux règlements particuliers, la Mutuelle garantit le versement, en cas de décès du membre participant survenant au cours de la période de garantie et, selon la garantie souscrite, de ses ayants droit, d'un capital dont le montant est précisé dans les tableaux de garanties annexés aux règlements particuliers ou sur les bulletins d'adhésion au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 18 du présent règlement.

Article 17.2 - Garantie Assimilée : en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

La Mutuelle garantit, en cas de reconnaissance d'une perte totale et irréversible d'autonomie survenant au cours de la période de garantie constatée dans les conditions ci-après, le versement par anticipation du capital décès.

Dans cette hypothèse, la Mutuelle est libérée de toute obligation lors du décès ultérieur de l'assuré. D'une manière générale, sont considérés comme étant en état de perte totale et irréversible d'autonomie les invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession pouvant leur procurer gain ou profit, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En pratique, seront seulement réputés en état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'une part, l'assuré classé par la Commission de Réforme dans la 3^{ème} catégorie d'invalides visée par l'article 6 du décret n°60-58 du 11 janvier 1960 et, d'autre part, l'assuré classé par la Sécurité sociale dans la 3^{ème} catégorie d'invalides visée par l'article L.341-4, 3° du Code de la sécurité sociale.

Sera aussi assimilée à l'état de perte totale et irréversible d'autonomie l'incapacité permanente totale avec attribution par la Sécurité sociale d'une majoration de la rente au titre de l'assistance d'une tierce personne résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, par application de l'article L.434-2 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Article 18 - Bénéficiaire(s)

Article 18.1 - Bénéficiaire des garanties en cas de décès

Le(s) bénéficiaire(s) du capital dû par la Mutuelle lors du décès du membre participant et/ou de ses ayants droit sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de leur part, dans le certificat de désignation du bénéficiaire fourni par la Mutuelle et retourné à cette dernière ou dans un avenant signé par les parties ou dans un acte sous seing privé ou authentique postérieur porté à la connaissance de la Mutuelle.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés par le membre participant, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant du membre participant non divorcé, à défaut au partenaire lié par un Pacs, à défaut au concubin notoire, la qualité de ces personnes étant appréciée au moment du décès,
- à défaut, aux enfants du membre participant nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux héritiers du membre participant, en application des règles de la dévolution successorale légale.

Article 18.2 - Bénéficiaire des garanties en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire de la garantie est le membre participant.

Article 19 - Conditions de versement du capital

Dès notification à la Mutuelle du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, celle-ci enverra aux personnes concernées les formulaires nécessaires à la justification de la demande.

Article 19.1 - En cas de décès

Les capitaux sont versés à la demande du bénéficiaire, sur production des pièces et justificatifs suivants :

- un acte de décès,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- en cas d'accident : le procès verbal de police ou de gendarmerie,
- les pièces justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires : identité, qualité et adresse,
- un certificat d'hérédité,
- un certificat de porte fort, en cas de pluralité d'héritiers,
- la désignation de bénéficiaire complétée, datée et signée par le membre participant.

Article 19.2 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Les capitaux sont versés sur production des pièces et justificatifs suivants :

- un titre de pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale,

Toute pièce ou justificatif complémentaire que la Mutuelle estimera nécessaire au traitement du dossier.

Article 20 - Exclusions

La Mutuelle ne prend pas en charge les risques suivants :

- le suicide volontaire et conscient de l'assuré au cours de la première année de l'adhésion (article L.223-9 du Code de la mutualité),
- le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire,
- les faits de guerre étrangère, lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- les faits résultant directement ou indirectement de guerre civile ou étrangère,
- les émeutes, insurrections, actes de terrorisme ou sabotage, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
- tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de

dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules,

- le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'assuré ou l'ayant droit,
- l'acte effectué sous l'emprise de l'ivresse, si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route, ou sous l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement,
- les démonstrations, raids, acrobaties, compétitions et tentatives de records, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- les vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- la pratique de sports aériens, automobiles, motocyclistes ou motonautiques à titre professionnel ou amateur, et de tous les autres sports à titre professionnel.

Article 21 - Règles dérogatoires en matière de prescription

Par dérogation à l'article 6 du présent règlement, la prescription est portée à dix ans pour le risque décès, lorsque le bénéficiaire est l'ayant droit du membre participant décédé.

Article 22 - Calcul des cotisations décès et assimilées

La cotisation est calculée en fonction de la table de mortalité décès et du taux d'intérêt technique. Après étude technique des provisions à constituer et des résultats des régimes, les montants des cotisations sont susceptibles d'être révisés à chaque échéance.

Article 23 - Faculté de renonciation

Le membre participant peut renoncer à sa garantie dans les 30 jours à compter de la date où il est informé que son contrat a pris effet. Il lui suffit, pour ce faire, d'envoyer au siège social de la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser le numéro de la catégorie) et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de ma LRAR ».

Article 24 - Examen médical approfondi

En cas de demande d'un capital pour perte totale et irréversible d'autonomie, la mutuelle se réserve le droit de faire subir à l'assuré un examen médical approfondi, soit par son propre médecin conseil, soit par tout autre médecin auquel elle donne mandat.

Compte tenu de l'avis formulé par ce dernier, la mutuelle statue sur la demande présentée et notifie sa décision à l'assuré.

L'assuré ne peut se soustraire à ce contrôle sous peine de déchéance de la garantie.

En cas de contestation médicale, celle-ci sera appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil et le médecin de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'ordre des Médecins du domicile de l'assuré.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par la mutuelle restent à sa charge ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront alors à la charge du membre participant.

SECTION 4 : GARANTIES ADDITIONNELLES

Article 25

Conformément à l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut souscrire tout contrat ou convention auprès d'une autre Mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance et accorder aux bénéficiaires du présent contrat des garanties supplémentaires en complément de la garantie « frais de soins de santé » souscrite auprès de la Mutuelle. Tous les membres participants sont alors tenus de s'affilier à ce contrat.

Une notice spécifique définissant, a minima, les garanties, les modalités de leur entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, le contenu des clauses édictant les nullités, les déchéances, les exclusions, ainsi que les limitations de garanties et les règles de prescription, est remise par la Mutuelle aux membres participants.

SECTION 5 : LISTE DES RÈGLEMENT PARTICULIERS RELEVANT DU PRÉSENT RÈGLEMENT

Article 26

A l'exception des garanties relevant du règlement mutualiste de protection sociale complémentaire labellisé permettant un financement des collectivités territoriales, les garanties de la mutuelle sont soumises au présent règlement.



Agissez pour le recyclage des papiers avec Apréva mutuelle et Ecofolio.



Siège social : 20 boulevard Papin - B.P.1173 - 59012 LILLE Cedex
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - SIREN n° 775 627 391
www.aprevo.fr

Apréva mutuelle

