

FORMULES LMP+

- Statuts
- Règlement mutualiste
- Notice d'information
LMP assistance
- Les offres LMP+



LES MÉNAGES PRÉVOYANTS

Santé • Prévoyance • Prévention

La mutuelle qui va bien

STATUTS

modifiés en AG du 19/10/2018

DÉNOMINATION, OBJET, COMPOSITION ET RUPTURE

DÉNOMINATION ET OBJET

ARTICLE LIMINAIRE

Les présents statuts sont établis en vertu des dispositions du code de la mutualité et de toutes les réglementations afférentes. Ils abrogent, de plein droit, les précédents statuts de la Mutuelle « LES MENAGES PREVOYANTS ».

ARTICLE 1 – DÉNOMINATION

Il est constitué une mutuelle interprofessionnelle dénommée MUTUELLE « LES MENAGES PREVOYANTS » fondée à Versailles le 26 mars 1854. La 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 auprès du secrétaire général du Conseil supérieur de la Mutualité sous le n° 785 151 689. Elle est agréée par l’Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour assurer les opérations relevant des branches d’activité 1 « Accidents », 2 – « Maladie », 20 – « Vie, décès » et 21 – « Nuptialité, natalité » définies à l’article R.211-2 du code de la mutualité.

ARTICLE 2 – SIÈGE SOCIAL

La Mutuelle établit son siège à Versailles, 7, rue Albert Sarraut. Ledit siège peut être transféré en tout autre lieu, par décision de l’Assemblée Générale, sur proposition du conseil d’administration.

ARTICLE 3 - OBJET

La Mutuelle « LES MENAGES PREVOYANTS » a pour objet principal de mener des actions de prévoyance, de solidarité et d’entraide dans l’intérêt de ses membres ou de leurs familles en vue d’assurer notamment la prévention des risques sociaux liés à la personne, la réparation de leurs conséquences et de favoriser leur développement moral, intellectuel et physique et améliorer leurs conditions de vie. Les modalités de fonctionnement sont décrites dans les règlements mutualistes et dans la charte de la gouvernance de la Mutuelle. La Mutuelle a pour objet principal :

A : de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie conformément aux dispositions de l’article L. 111-1 du code de la mutualité.

Elle peut, par ailleurs :

B : contracter des engagements dont l’exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d’enfants, faire appel à l’épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés ;

C : accepter en réassurance les engagements relevant des branches d’activité pour lesquelles elle est agréée. Dans ce cadre, elle se substitue aux Mutuelles ou Unions « substituées » qui en font la demande, dans les conditions prévues à l’article L.211-5 du code de la mutualité

D : mettre en œuvre au profit de ses membres et de leurs ayants droit, des actions de prévention, d’assistance, de protection de l’enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées, gérer des réalisations sanitaires et sociales à destination de ses membres et de leurs ayants droit, accessoires aux opérations d’assurance qu’elle propose ;

E : gérer un fonds de secours ayant pour objet d’attribuer des aides ponctuelles à certains de ses membres participants ou de leurs ayants droit. Le fonctionnement, les modalités de financement de ce fonds de secours et les conditions d’attribution des aides sont décrites dans le règlement du fonds de secours ;

F : encourager au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et améliorations de leurs conditions de vie

G : créer et gérer au profit de ses membres et de leurs ayants droit,

des prestations et services sanitaires, sociaux, juridiques et financiers dans le cadre d’un partenariat ou d’une sous-traitance ;

H : présenter des formules et produits dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d’assurance, sous réserve que la Mutuelle continue de pratiquer à titre principal les activités conformes à son objet social.

Les activités décrites aux alinéas E et F, seraient développées dans une personne morale distincte de la Mutuelle proprement dite, comme il est dit à l’article L.111.3 du code de la Mutualité. La Mutuelle régie par le Livre II du code de la Mutualité peut recourir à des intermédiaires d’assurance ou de réassurance pour la promotion ou la diffusion de ses propres formules et produits. Elle peut réaliser, dans le respect des dispositions du Code de la mutualité, toutes opérations qui sont compatibles avec cet objet, s’y rapportant ou contribuant à sa réalisation.

ARTICLE 4 - GOUVERNANCE

Article 4-1- Système de gouvernance

Dans le respect des conditions définies par les lois et règlements en vigueur, la Mutuelle met en œuvre un système de gouvernance garantissant une gestion saine et prudente de son activité faisant l’objet d’un examen interne régulier. Ce système de gouvernance repose sur une séparation claire des responsabilités et comprend un dispositif efficace de transmission des informations. Il est proportionné à la nature, à l’ampleur et à la complexité des opérations de la mutuelle. Ce système de gouvernance comprend les fonctions clés suivantes : la fonction de gestion des risques, la fonction de vérification de la conformité, la fonction d’audit interne et la fonction actuarielle

Article 4-2- Charte de la gouvernance

Le conseil d’administration adopte la charte de gouvernance qui reprend notamment de manière plus exhaustive les modalités d’élection des administrateurs, leur rôle, les exigences de formation qui les visent. Elle développe également la composition du conseil d’administration et le déroulement de ses séances. Enfin, elle s’intéresse au bureau et à chacune des commissions mises en place afin d’en définir le rôle.

ARTICLE 5 - CONTRAT D’ADHÉSION MUTUALISTE

Le « contrat d’adhésion mutualiste » est constitué par l’ensemble des documents remis à l’adhérent lors de son adhésion - statuts, règlement mutualiste ou contrat collectif et bulletin d’adhésion - comportant le contrat mutualiste proprement dit, signé par l’adhérent ou l’employeur de manière manuscrite ou par voie électronique sécurisée. Le « Contrat mutualiste » prend la forme d’un règlement mutualiste pour les opérations individuelles et d’un règlement mutualiste ou d’un contrat collectif pour les opérations collectives.

Article 5-1 – Règlements mutualistes (opérations individuelles)

En application de l’article L. 114-1 du code de la mutualité, un ou des règlements mutualistes adoptés par le conseil d’administration définissent le contenu et la durée des engagements existant entre les membres participants et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Le conseil d’administration peut apporter aux règlements les modifications qu’il estime nécessaires. Les modifications sont opposables aux membres participants dès leur notification.

Article 5-2 – Règlements ou contrats collectifs (opérations collectives)
Les droits et obligations résultant d’opérations collectives peuvent faire l’objet d’un règlement mutualiste auquel adhèrent l’employeur ou la personne morale, ou d’un contrat collectif qu’ils souscrivent auprès de la mutuelle.

ARTICLE 6 - PHILOSOPHIE

La Mutuelle s’interdit toute action, communication ou prise de position ayant une nature politique, syndicale, religieuse, raciale ou sexiste et toute forme de discrimination sur ces mêmes fondements.

ARTICLE 7 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation et de la gestion de l’adhésion du membre à un contrat ou règlement mutualiste, l’exécution d’opérations techniques nécessaires à la mise en œuvre des garanties et des prestations, la gestion des réclamations et du contentieux, l’organisation d’actions de prévention, l’élaboration d’enquête et de gestion de la satisfaction, le contrôle interne, la lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

et plus généralement à des fins d’exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Aucune information recueillie ne peut faire l’objet d’une cession ou mise à disposition de sa à des fins commerciales. Tout membre participant, ayant droit ou bénéficiaire dispose d’un droit d’accès, de rectification, de portabilité et d’effacement des données personnelles le concernant, sous réserve que la Mutuelle puisse continuer à gérer ses cotisations et prestations. Sous la même réserve, il a également la possibilité de s’opposer ou de demander une limitation du traitement de ses données. L’ensemble de ces droits peut être exercé par mail à dpo@mutuellemp.fr ou par courrier au service réclamation RGPD de la mutuelle Les Ménages Prévoyants – 11, rue Albert Sarraut 78000 Versailles. Il est également possible d’introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de difficulté.

CONDITIONS D’ADHÉSION

ARTICLE 8 - LES MEMBRES

La Mutuelle se compose exclusivement de membres participants, désignés par « les membres » dans ce qui suit. Les membres sont des personnes physiques qui adhèrent à la Mutuelle à titre individuel ou dans un cadre collectif, et qui règlent ou pour lesquelles est réglée une cotisation, et qui bénéficient pour elles-mêmes et, le cas échéant, pour leurs ayants droit, des prestations de la Mutuelle. Peut être membre de la Mutuelle toute personne physique, majeure. Les mineurs de 16 ans révolus, peuvent, sur leur demande, être membres de la Mutuelle, sans autorisation préalable de leur représentant légal. La Mutuelle s’interdit notamment de subordonner l’adhésion à des critères d’âge ou d’état de santé, mais elle se réserve toutefois le droit de mettre en place, dans son règlement mutualiste, des périodes de stage ou de carence pour le bénéfice de certaines prestations. La Mutuelle peut également définir ses cotisations en fonction de l’âge des membres et/ou de leurs ayants droit. Les ayants droit des membres qui bénéficient comme tels des prestations de la Mutuelle sont les personnes physiques mentionnées sur le bulletin d’adhésion et, le cas échéant, ses avenants modificatifs. Sont considérés comme ayants droit du membre participant :

- Le conjoint, ou à défaut le partenaire de PACS, ou à défaut le concubin ;
- Les enfants mineurs civils, légitimes ou naturels ;
- Les enfants majeurs jusqu’à 26 ans révolus poursuivant des études ;
- Les majeurs rattachés aux membres, au sens de la sécurité sociale.

ARTICLE 9 - ADHÉSION INDIVIDUELLE

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d’adhésion par la signature d’un bulletin d’adhésion. L’adhésion à la Mutuelle et/ou les avenants modificatifs prennent effet, sous réserve des droits de renonciation le cas échéant applicables, à la date librement fixée par l’adhérent, sur son bulletin d’adhésion, coïncidant au plus tôt avec le premier jour du mois suivant la signature de celui-ci. Il est expressément stipulé que lors de l’adhésion initiale à l’une quelconque des formules ou en cas de changement de formule, un délai de sociétariat incompressible d’une année de date à date, est exigé pour l’adhérent et ses ayants droit. La signature du bulletin d’adhésion vaut reconnaissance du caractère collectif de la mutuelle, des modalités de modifications des cotisations et prestations et plus généralement du caractère souverain et opposable des décisions prises en Assemblée Générale ou par le conseil d’administration. Toutes modifications ultérieures décidées et/ou ratifiées en Assemblée Générale ou par le conseil d’administration sont portées à la connaissance des membres par les moyens de communication collective mis en œuvre.

ARTICLE 10 - ADHÉSION COLLECTIVE

Acquièrent également la qualité de membre participant de la Mutuelle, les personnes qui signent un bulletin d’adhésion dans le cadre d’une opération collective résultant de la conclusion d’un contrat collectif entre la Mutuelle et un employeur, ou toute autre personne morale ou de l’adhésion par ces derniers à un règlement mutualiste. Le contrat collectif conclu entre l’employeur ou la personne morale et la Mutuelle ou le règlement mutualiste peuvent être à adhésion obligatoire ou facultative. Ils déterminent les droits et obligations régissant les rapports entre la Mutuelle, le souscripteur ou adhérent et les membres participants. Les adhésions collectives visées au présent article, sont soumises aux lois et règlements en vigueur, lors

de la signature ou du dénouement des contrats et conventions. De convention statutaire expresse, il est admis que les textes législatifs et réglementaires s’imposent au présent article dès leur promulgation ou publication.

RUPTURE DU « CONTRAT MUTUALISTE »

ARTICLE 11 - DÉMISSION, RÉSILIATION

La démission est notifiée par l’adhérent à la mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique, au plus tard deux mois avant la fin de l’année civile. Le membre ou la personne morale souscriptrice peut résilier dans les mêmes conditions les adhésions collectives à caractère facultatif. En outre, conformément aux disposition de l’article L. 221-17 du code de la mutualité, pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d’adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d’un des événements suivants : changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d’activité professionnelle, il peut être mis fin à l’adhésion par le membre participant ou la mutuelle lorsqu’elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La personne morale signataire et la Mutuelle peuvent résilier dans les mêmes conditions les adhésions collectives à caractère obligatoire, sauf stipulation particulière incluse dans la convention d’adhésion. Considérant le caractère libre et volontaire de l’adhésion à la mutuelle et le caractère synallagmatique du contrat proposé, la mutuelle s’interdit d’exiger un motif de démission pour les adhérents individuels et collectifs à caractère facultatif. Pour les opérations collectives et individuelles, l’article L. 221-10 du code de la mutualité prévoit qu’à l’exception des opérations collectives couvrant les dépenses de santé, la Mutuelle peut résilier tous les ans en envoyant une lettre recommandée au souscripteur au moins deux mois avant la date d’échéance. Par ailleurs, la Mutuelle peut, en cas de non-paiement des cotisations, résilier ses garanties, dans le cadre des opérations individuelles ou le bulletin d’adhésion ou le contrat collectif, dans le cadre des opérations collectives. En matière d’adhésion collective, facultative et obligatoire, la durée initiale du contrat est librement fixée par la mutuelle et la personne morale souscriptrice et peut être reconduite chaque année.

ARTICLE 12 - RADIATION, EXCLUSION

Article 12-1 : Radiation

La radiation est la conséquence administrative de la démission, de la résiliation, de la fin du contrat ou plus généralement de la cessation du respect des conditions d’adhésion. Elle consiste, à prendre acte, sur les registres de la mutuelle, de la perte de la qualité de membre. Elle intervient à l’initiative de la Mutuelle. Elle est également prononcée lorsque les garanties ont été résiliées pour défaut de paiement des cotisations, dans des formes et délais décrits au règlement mutualiste conformément aux articles L221-7 et L221-8 du code de la Mutualité. La radiation qui intervient à la suite du décès de l’adhérent ouvre droit, à tout ayant droit qui le souhaite, à une continuité de couverture.

Article 12-2 : Exclusion
L’exclusion peut être prononcée à l’encontre des membres qui, de manière intentionnelle, par leur attitude ou leur conduite, portent atteinte aux intérêts de la Mutuelle, causant à celle-ci un préjudice moral ou financier. Il en est de même pour les membres participants dont l’adhésion est frappée de nullité, pour avoir notamment, de mauvaise foi, ou intentionnellement fait des déclarations inexactes, omis de communiquer des informations ou présenté des documents falsifiés aux fins de percevoir indûment des prestations, conformément aux dispositions de l’article L. 221-14 du code de la mutualité. Le membre dont l’exclusion est envisagée est convoqué par lettre recommandée avec avis de réception devant le conseil d’administration ou ses représentants, pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S’il ne se présente pas à une première convocation, une seconde lui est adressée par courrier recommandé. S’il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée sans autre formalité. L’exclusion est prononcée par le conseil d’administration lors d’une réunion ultérieure, à laquelle le membre ne participe pas.

Article 12-3 : 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 ni des droits d’adhésion, sauf dans les cas prévus à l’article L.221-17 du code de la mutualité. Aucune prestation ne peut être servie après la date d’effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d’exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d’ouverture du droit étaient antérieurement réunies. En aucun cas, le membre exclu ne peut à nouveau adhérer à la mutuelle.

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 13 - COMPOSITION

L’Assemblée Générale est constituée de délégués élus par une section de vote nationale en conformité avec les dispositions de l’article L.114-6 du code de la mutualité, parmi les membres participants de la Mutuelle. La qualité de délégué n’est pas incompatible avec celle de salarié de la Mutuelle.

ARTICLE 14 - ELECTION DES DÉLÉGUÉS

Les membres de la section de vote élisent parmi eux le ou les délégués à l’Assemblée Générale de la Mutuelle. Les membres sont informés des élections à venir par tout moyen. Les candidatures sont accompagnées d’un curriculum vitae et d’une lettre de motivation et sont adressées au moins trente jours avant le commencement des élections. Une fois les candidatures recueillies, un bulletin de vote est adressé aux membres qui peuvent voter par renvoi du bulletin de vote à la Mutuelle. Les délégués sont alors élus pour 6 ans, à bulletin secret, par correspondance, au scrutin majoritaire à un tour. En cas d’égalité de suffrages entre plusieurs candidats à la fonction de délégué, l’élection est acquise au plus jeune. Les délégués accédant aux fonctions d’administrateurs conservent leur qualité de délégué et leur droit de vote aux assemblées générales.

ARTICLE 15 - NOMBRE DE DÉLÉGUÉS

Dans le cadre de la section de vote, les membres participants de la Mutuelle élisent un délégué par tranche de 1000 membres et lorsque la dernière tranche n’atteint pas 1000 membres, un délégué est élu si à la date de l’élection, elle atteint 500 membres. Par exemple :

- 44 499 membres participants : 44 délégués ;
- 44 500 membres participants : 45 délégués.

Chaque délégué dispose d’une seule voix à l’Assemblée Générale.

ARTICLE 16 – VACANCE - EMPÊCHEMENT

Article 16-1 : Vacance

En cas de vacance d’un poste de délégué en cours de mandat, pour quelque raison que ce soit (décès, démission, exclusion…), il est pourvu à son remplacement lors des élections suivantes. La perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué.
Article 16-2 : Empêchement
En cas d’empêchement d’un délégué lors d’une Assemblée Générale, celui-ci peut, conformément à l’article L.114-13 du code de la mutualité, voter par procuration en donnant pouvoir pour être représenté par un délégué de son choix sans que celui-ci puisse détenir plus de deux pouvoirs. Le pouvoir donné par le délégué empêché n’est valable que pour l’Assemblée Générale concernée.

ARTICLE 17 – CONVOCATIONS

Le Président du conseil d’administration convoque, au moins une fois par an, l’Assemblée Générale ordinaire. À défaut d’une telle convocation, le président du Tribunal de grande instance, statuant en référé, peut à la demande de tout membre de l’organisme, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d’administration de convoquer l’Assemblée Générale ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation. L’Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil d’administration;
- l’Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d’office ou sur

demande d’un membre participant ;

- les commissaires aux comptes
- un administrateur provisoire nommé par l’Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d’un ou plusieurs membres participants ;
- les liquidateurs.

ARTICLE 18 - MODALITÉS DE CONVOCATION

La convocation à l’Assemblée Générale s’effectue par courrier simple, au moins 20 jours avant la date de sa réunion ou par courrier électronique à ceux qui ne l’auront pas refusé. Cette convocation indique la dénomination sociale de la Mutuelle, l’adresse du siège social, la date, l’heure, le lieu de la tenue de l’Assemblée générale, l’ordre du jour ainsi que les règles de quorum et de majorité applicables aux délibérations correspondantes. Les délégués reçoivent également conjointement ou par pli séparé avant l’Assemblée Générale, les documents ou rapports en lien avec l’ordre du jour.

ARTICLE 19 - ORDRE DU JOUR

L’ordre du jour de l’Assemblée Générale est arrêté par l’auteur de la convocation. Les délégués peuvent demander l’inscription à l’ordre du jour de toute question ou projet de résolution dans les conditions suivantes :

- la demande doit être présentée par la moitié des délégués ;
- la demande doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, à l’attention du Président du conseil d’administration, 7 jours francs avant la date de la réunion de l’Assemblée Générale.

L’Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que sur les questions inscrites à l’ordre du jour. Toutefois, en toutes circonstances, l’Assemblée Générale est habilitée à révoquer un ou plusieurs membres du conseil d’administration, à procéder à leur remplacement et, à prendre toute mesure visant à assurer l’équilibre financier et à respecter les règles prudentielles fixées par le code de la mutualité.

ARTICLE 20 – COMPÉTENCES

L’Assemblée Générale procède à l’élection des membres du conseil d’administration et, le cas échéant, à leur révocation, dans les formes et conditions décrites à l’article 25.

L’Assemblée Générale se prononce également sur :

- La modification des statuts ;
- Le niveau du fonds d’établissement ;
- les activités exercées
- le montant des droits d’adhésion, lequel ne peut varier que dans des limites fixées par décret. Il est en tout état de cause fixé une fois par an et est identique pour toutes les adhésions de l’exercice ;
- l’adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d’une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la mutuelle ou de l’union, ainsi que sur la création d’une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- l’émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes 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 contrats, que l’organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d’administration et les documents, états et tableaux qui s’y rattachent ;
- les comptes combinés ou consolidés de l’exercice établis conformément à l’article L.212-7 du code de la mutualité ainsi que sur le rapport de gestion du groupe établi conformément à l’article L. 114-17 du même code ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l’article L. 114-34 du code de la mutualité ;
- le rapport du conseil d’administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l’article L. 114-39 du code de la mutualité ;

13. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l’article L. 221-2 du code de la mutualité ;

14. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l’article L. 221-2 du code de la mutualité ;

15. et toute question relevant de sa compétence, par application des textes législatifs et réglementaires en vigueur.

L’Assemblée Générale décide également :

- de la nomination du ou des commissaires aux comptes.
- des délégations de pouvoir prévues aux présents statuts.
- de la dévolution de l’excédent d’actif net disponible en cas de dissolution.
- des apports en numéraire et en industrie faits aux mutuelles et unions créées.

ARTICLE 21 - VACANT

ARTICLE 22 - QUORUM ET MAJORITÉ RENFORCÉS

Lorsqu’elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d’opérations collectives et individuelles, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d’une mutuelle ou d’une union, l’Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués. À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Celle-ci ne délibère vaiblement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés représente au moins le quart du total des délégués. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

ARTICLE 23 - QUORUM ET MAJORITÉ SIMPLE

Lorsqu’elle se prononce sur des questions autres que celles visées à l’article 22, l’Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués. À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Celle-ci délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

ARTICLE 24 - FORCE EXÉCUTOIRE DES DELIBERATIONS

Les décisions régulièrement prises en Assemblée Générale s’imposent à tous les membres de la Mutuelle dès leur notification, sous réserve de leur conformité aux dispositions du code de la mutualité et à l’objet de la Mutuelle.

LE CONSEIL D’ADMINISTRATION

ARTICLE 25 - COMPOSITION ET ÉLIGIBILITÉ

Article 25-1 : Composition

La Mutuelle est administrée par un conseil d’administration composé de 21 administrateurs maximum élus par les membres de l’Assemblée générale parmi les membres participants âgés de 18 ans révolus, dans le respect de l’article L.114-16 du code de la mutualité. Le conseil d’administration ne peut être composé pour plus de la moitié d’administrateurs exerçant des fonctions d’administrateurs, de dirigeants ou d’associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l’article L. 212-7 du code de la mutualité.

Article 25-2 : Éligibilité et candidatures

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 3 années précédant l’élection ;
 - ne pas avoir fait l’objet d’une condamnation visée à l’article L.114-21 du code de la mutualité dans les conditions définies par ce texte ;
 - disposer de compétences appropriées à l’exercice des responsabilités dévolues au conseil d’administration selon les termes de l’article R. 114-9 du code de la mutualité.
- Le nombre de membres du conseil d’administration âgés de plus de 70 ans ne peut excéder un tiers du total des membres. Le dépassement du seuil ainsi fixé entraîne la démission d’office de l’administrateur le plus âgé. Toutefois, lorsqu’il trouve son origine dans l’élection d’un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d’office de l’administrateur nouvellement

élu (article L.114-22 du code de la mutualité). Les déclarations de candidatures aux fonctions d’administrateur doivent être adressées au siège de la Mutuelle, par lettre recommandée avec avis de réception, ou dépôt contre récépissé, 30 jours francs au moins avant la date de l’Assemblée Générale.

ARTICLE 26 - ELECTION

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du conseil d’administration sont élus par l’Assemblée Générale, à bulletin secret, au scrutin uninominal à un tour. Sont déclarés élus les candidats ayant recueilli le plus de suffrages. En cas d’égalité de suffrages, la priorité dans l’ordre d’élection est accordée au membre ayant la plus grande ancienneté au sein de la Mutuelle.

ARTICLE 27 - MANDAT

Article 27-1 : Durée

Les membres du conseil d’administration sont élus pour une durée de six ans renouvelable. Leurs fonctions cessent à l’issue de l’Assemblée Générale organisée dans l’année au cours de laquelle expire leur mandat. Les fonctions d’administrateur cessent par ailleurs :

- en cas de perte de la qualité de membre participant ;
- en cas de cumul de mandat dans les conditions visées ci-après à l’article 27-2 conformément aux dispositions de l’article L.114-23 du code de la mutualité ;
- en cas de condamnation au sens de l’article L.114-21 du code de la mutualité, dans un délai d’un mois après le caractère définitif de la décision de justice ;
- en cas de dépassement de la limite d’âge dans les conditions fixées à l’article 25-2 des présents statuts ;
- en cas de décision de révocation ou de non renouvellement du mandat prononcée par l’ACPR ;
- en cas de révocation par un vote de l’Assemblée Générale.

Article 27-2 : Cumul de mandat et incompatibilités

En application de l’article L. 114-23 du code de la mutualité :

- un administrateur ne peut appartenir simultanément à plus de cinq conseils d’administration de mutuelles, unions et fédérations ;
- le président du conseil d’administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d’administrateur dont au plus deux mandats de président du conseil d’administration d’une fédération, d’une mutuelle ou d’une union.

Dans le décompte des mandats mentionnés ci-dessus :

- ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du code de la mutualité ;
- sont pris en compte pour un seul mandat ceux détenus dans des organismes mutualistes faisant partie d’un groupe au sens de l’article L. 356-1 du code des assurances ;
- ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les fédérations définies à l’article L. 111-5 du code de la mutualité et les unions qui ne relèvent ni du livre II ni du livre III du même code, investies d’une mission spécifique d’animation ou de représentation. Toute personne qui, lorsqu’elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec ces dispositions doit, dans les trois mois de sa nomination, se démettre de l’un de ses mandats. A l’expiration de ce délai, elle est réputée s’être démise de son mandat le plus récent, sans que soit, de ce fait, remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

ARTICLE 28 - VACANCE

En cas de vacance d’un poste d’administrateur en cours de mandat par décès, démission, perte de la qualité de membre participant, ou cessation du mandat à la suite d’une décision d’opposition à la poursuite du mandat prise par l’Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, le conseil d’administration peut procéder, par cooptation, à la nomination provisoire d’un administrateur pour le siège vacant. La nomination faite par le conseil d’administration sera soumise à la ratification de la prochaine Assemblée Générale. L’administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur. La non-ratification de la nomination faite par le conseil d’administration entraîne la cessation automatique du mandat de l’administrateur coopté sans entraîner la nullité des délibérations auxquelles il a pris part. En toute hypothèse, le conseil d’administration peut décider

d’organiser l’élection anticipée du poste vacant, quelle que soit la cause de cette vacance.

ARTICLE 29 - RÉUNIONS DU CONSEIL D’ADMINISTRATION

Le conseil d’administration se réunit sur convocation du Président, au minimum 4 fois par an. Le Président du conseil d’administration établit l’ordre du jour et le joint à la convocation écrite qui doit être envoyée aux membres du conseil d’administration 7 jours francs au moins avant la date de réunion. Toutefois, le Président peut, en cas d’urgence, convoquer le conseil d’administration par tous moyens à sa convenance. Les dirigeants opérationnels au sens du code de la Mutualité, participent de droit aux réunions du conseil d’administration. Le Président peut également inviter des personnes extérieures aux réunions ; le conseil délibère sur cette présence à l’ouverture de la réunion. Compte tenu de l’effectif salarié de la Mutuelle lors de la rédaction des présents statuts, un salarié de la mutuelle, élu au scrutin uninominal majoritaire à un tour, assiste avec voix consultative aux séances du conseil d’administration. En cas d’empêchement dudit salarié, il est remplacé par son suppléant. Dans l’hypothèse où le nombre de salariés titulaires serait supérieur à 50, le nombre de représentants du personnel au conseil d’administration serait porté à 2.

ARTICLE 30 - DÉCISIONS DU CONSEIL D’ADMINISTRATION

Le conseil d’administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des votes exprimés. En cas d’égalité de voix, la voix du Président est prépondérante. Le conseil d’administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l’élection du Président, la nomination du dirigeant opérationnel, et de manière générale sur toute question qui intéresse personnellement un administrateur ou à la demande de la majorité des administrateurs présents sur toute question inscrite à l’ordre du jour. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, approuvé par le Conseil d’Administration lors de la séance suivante.

ARTICLE 31 - POUVOIRS DU CONSEIL D’ADMINISTRATION

Le conseil d’administration fixe les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu’il juge opportuns et se saisit de toutes questions relatives à la bonne marche de la Mutuelle. Il adopte et modifie les règlements mutualistes applicables aux opérations individuelles et les règlements mutualistes ou les contrats collectifs applicables aux opérations collectives. Il rend compte à l’Assemblée Générale des décisions prises 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 le cas échéant au dirigeant opérationnel mentionné à l’article L. 211-14 du code de la mutualité. Il vote les montants ou taux de cotisations ainsi que la nature et l’étendue des prestations servies aux membres de la Mutuelle. Ces décisions sont applicables, après notification aux adhérents, dans les formes et les moyens dont dispose la Mutuelle et sous réserve des dispositions contenues dans les textes réglementaires en vigueur. Le conseil d’administration établit chaque année un rapport qu’il présente à l’Assemblée Générale et dans lequel il rend compte des opérations d’intermédiation et de délégation de gestion. À la clôture de chaque exercice, le conseil d’administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu’il présente à l’Assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du code de commerce ;
- de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l’article L.212-7 du code de la mutualité ;
- de l’ensemble des sommes versées en application de l’article L. 114-26 du code de la mutualité. Un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l’Assemblée Générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur ;
- de l’ensemble des rémunérations versées le cas échéant au dirigeant opérationnel mentionné à l’article L. 211-14 du code de la mutualité ;
- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle ;
- des transferts financiers entre la mutuelle et un ou plusieurs autres organismes mutualistes ;

- du montant et des modalités de répartition pour l’année écoulée de la participation aux excédents pour les opérations d’assurance sur la vie ;

Plus généralement, il s’attache à accomplir toutes missions, qui lui sont spécialement dévolues par les lois et règlements applicables aux mutuelles. Le conseil d’administration adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle.

ARTICLE 32 - DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS

Le conseil peut, sous sa responsabilité et son contrôle, déléguer tout ou partie des pouvoirs qu’il détient, à l’exclusion de ceux qui lui sont spécialement réservés par la loi, au bureau, au Président, à un ou plusieurs administrateurs, ou à une commission. Le conseil peut à tout moment révoquer les délégations ainsi consenties et y mettre fin sans avoir à en justifier.

ARTICLE 33 - DIRIGEANT OPERATIONNEL

Conformément à l’article L.211-14 du code de la mutualité, le conseil d’administration nomme, sur proposition du Président du conseil d’administration, le Dirigeant opérationnel qui ne peut être un administrateur. Il détermine les pouvoirs qui lui sont délégués en vue de l’accomplissement de ses missions. La nomination et le renouvellement du Dirigeant opérationnel sont notifiées à l’Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Le Dirigeant opérationnel peut être révoqué à tout moment par le conseil d’administration, par vote majoritaire à bulletins secrets sur demande du Président ou de la majorité des administrateurs. Le dirigeant opérationnel :

- exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d’administration, dans le cadre des orientations déterminées par celui-ci conformément aux dispositions de l’article L. 114-17 du code de la mutualité ;
- assiste à toutes les réunions du conseil d’administration ;
- a sous son autorité les personnes responsables des fonctions clés suivantes : fonction de gestion des risques, fonction de vérification de la conformité, fonction d’audit interne et fonction actuarielle ;
- soumet à l’approbation du conseil d’administration des procédures définissant les conditions selon lesquelles les responsables de ces fonctions peuvent informer, directement et de leur propre initiative, le conseil d’administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier ;
- exerce ses pouvoirs dans la limite de l’objet de la mutuelle et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées générales, au conseil d’administration et au président.

ARTICLE 34 - ADMINISTRATEURS

Les fonctions d’administrateur sont gratuites. Toutefois, en vertu de l’Article 114-26 du code de la mutualité, des indemnités et remboursements peuvent être versés aux membres du conseil d’administration, dans les limites et conditions fixées par les lois et règlements en vigueur. De même, la Mutuelle rembourse à l’employeur les rémunérations maintenues pour permettre aux administrateurs salariés, d’exercer leur fonction pendant leur temps de travail, ainsi que les avantages et les charges y afférant. Les administrateurs ne peuvent exercer des fonctions rémunérées par la Mutuelle qu’à l’expiration d’un délai d’un an à compter du terme de leur mandat.

ARTICLE 35 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Les administrateurs et les dirigeant effectifs, notamment le Dirigeant opérationnel, veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une stricte obligation de réserve et de secret professionnel. Les administrateurs sont obligés de faire connaître les différents mandats qu’ils détiennent dans d’autres groupements régis par le code de la mutualité et plus généralement, dans tout autre organisme relevant du code de assurances. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard. Les dirigeants effectifs, notamment le Dirigeant opérationnel, sont tenus de faire connaître, avant leur nomination, toutes activités professionnelles ou fonctions électives qu’ils entendent conserver et d’informer de toute nouvelle situation à cet égard. Les administrateurs et le Dirigeant opérationnel doivent satisfaire aux conditions définies à l’article L.114-21 du code de la mutualité. Ils sont tenus de faire connaître à la Mutuelle toute sanction, même non définitive qui serait

susceptible d’être prononcée contre eux.

ARTICLE 36 - CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES

De manière générale, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l’un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel ou personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, doit être soumise, selon son objet et les conditions auxquelles elle est conclue, soit à une obligation d’information, soit à une obligation d’autorisation préalable par le conseil d’administration. Ces conventions doivent respecter les dispositions des articles L.114-32 à L.114-37 du code de la mutualité. Les conventions portant sur des opérations courantes et conclues à des conditions normales sont soumises à l’obligation d’information des organes de la Mutuelle. Les conventions ne portant pas sur des opérations courantes ou conclues à des conditions exceptionnelles sont soumises à l’autorisation préalable du conseil d’administration et sont portées à la connaissance de l’Assemblée Générale lors de la présentation du rapport spécial du Commissaire aux comptes. Enfin, il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel 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 et de dirigeant opérationnel, 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 dirigeants. La même interdiction s’applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes mentionnées au présent article ainsi qu’à toute personne interposée.

ARTICLE 37 - RESPONSABILITÉ CIVILE

La responsabilité civile des administrateurs et du Dirigeant opérationnel peut être engagée individuellement ou solidairement envers la Mutuelle ou les tiers, en raison du non-respect des dispositions légales réglementaires ou statutaires ou d’infractions et fautes commises dans la gestion.

PRÉSIDENT, BUREAU ET COMMISSIONS

ARTICLE 38 - ELECTION DU PRÉSIDENT

Le conseil d’administration élit parmi ses membres, un Président, qui est élu en qualité de personne physique. Le conseil d’administration peut à tout moment mettre un terme à ses fonctions. L’élection du Président du conseil d’administration a lieu à bulletin secret et au scrutin uninominal majoritaire à un tour. Les candidatures aux fonctions du Président du conseil d’administration doivent être adressées au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception aux moins quinze jours francs avant la date de l’élection. En cas d’égalité de suffrages, l’élection est acquise au candidat justifiant de la plus grande ancienneté en qualité d’adhérent de la Mutuelle. Le Président est élu pour une durée de 3 ans, qui ne peut excéder la durée de son mandat d’administrateur. Il est rééligible dans la limite de 4 mandats successifs et sous réserve du respect des limites d’âge.

ARTICLE 39 - VACANCE DE LA PRÉSIDENCE

En cas de perte de la qualité d’adhérent, de démission, de décès du Président ou de cessation de son mandat à la suite d’une décision d’opposition prise par l’Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l’article L. 612-23-1 du code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le conseil d’administration, convoqué par un vice-président ou par l’administrateur doyen d’âge, qui assure l’intérim et organise la nouvelle élection dans les meilleurs délais.

ARTICLE 40 - ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT

Le Président :

- veille au bon fonctionnement de la Mutuelle, dans le respect du code de la mutualité et des présents statuts ;
- informe le conseil d’administration des procédures engagées par l’Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II

du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier ;

- représente la Mutuelle en justice tant en demande qu’en défense et dans tous les actes de la vie civile ;
- s’assure que les membres du bureau et les administrateurs sont en mesure de remplir leurs attributions ;
- convoque le conseil d’administration, dont il établit l’ordre du jour, organise et dirige les travaux ; rend compte à l’Assemblée Générale, organise et facilite le travail des commissaires aux comptes ou de tout autre organe de contrôle et de vérification ;
- engage les dépenses ;
- engage la mutuelle ou l’union à l’égard des tiers même lorsque ses actes ne relèvent pas de l’objet de la mutuelle, à moins qu’elle ne prouve que le tiers savait que l’acte dépassait cet objet ou qu’il ne pouvait l’ignorer compte tenu des circonstances,

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle, déléguer certaines de ses attributions à un membre du bureau ou au Dirigeant opérationnel.

ARTICLE 41 - BUREAU

Article 41-1: Composition

Au sein du conseil d’administration de la Mutuelle est créé un Bureau composé comme suit :

- Le Président du conseil d’administration
- Deux vice-présidents
- Le Secrétaire général
- Le Trésorier général
- Le Secrétaire adjoint
- Le Trésorier adjoint

Article 41-2 : Élection des membres

Les membres du bureau, à l’exclusion du Président du conseil d’administration, sont élus par le conseil d’administration parmi ses membres. Ils sont élus pour trois ans, lors de la première réunion du conseil d’administration qui suit l’Assemblée Générale l’ayant instauré ou renouvelé. Ils peuvent être révoqués à tout moment par le conseil d’administration. L’élection des membres du bureau est organisée dans les formes fixées par le conseil d’administration. En cas de vacance, pour quelque motif que ce soit, le conseil d’administration peut pourvoir au remplacement du poste vacant. L’administrateur ainsi élu achève le mandat en cours.

ARTICLE 42 - VACANT

ARTICLE 43 - FONCTIONNEMENT DU BUREAU

Le Bureau se réunit sur convocation du Président du conseil d’administration autant de fois que la bonne marche de la Mutuelle l’exige. La convocation est effectuée par tous moyens, cinq jours francs avant la date de la réunion du bureau, sauf urgence. Le Président du conseil d’administration peut inviter à assister aux réunions du bureau le Dirigeant opérationnel et avec l’accord préalable du bureau, toute personne extérieure. Les décisions du Bureau sont prises à la majorité de ses membres présents. En cas d’égalité de suffrages, la voix du Président est prépondérante. Les décisions du Bureau sont portées à la connaissance du conseil d’administration.

ARTICLE 44 - ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU

- Les vice-présidents**

Les vice-présidents secondent le Président. Ils peuvent disposer de délégations spéciales. Ils suppléent le Président en cas d’empêchement de celui-ci, avec les mêmes pouvoirs, dans toutes ses fonctions.
- Le Secrétaire général et le secrétaire adjoint**

Le Secrétaire général a en charge la responsabilité du respect des obligations juridiques de la Mutuelle, notamment en ce qui concerne :

 - la rédaction et l’envoi des convocations aux différentes réunions.
 - la rédaction des procès-verbaux et comptes rendus de réunions.
 - la rédaction formelle des pouvoirs et délégations consenties.

le respect statutaire de la situation des membres, ayants droit et administrateurs, par la tenue du fichier adhérents.

 - la conservation de toutes archives et documents, et leurs modalités de communication et de conservation.

Le Secrétaire général présente le rapport annuel d’activité aux Assemblées Générales, dont il assure le bon déroulement. Il est secondé par un Secrétaire adjoint, qui le supplée dans toutes ses

attributions en cas d'empêchement.

3. Le Trésorier général et le Trésorier adjoint

Le Trésorier général a en charge l'exécution de toutes les opérations financières et comptables de la Mutuelle. À ce titre, il veille au bon engagement des dépenses et à l'encaissement des recettes, et effectue, après avis de la commission finances, les opérations courantes de gestion des titres et valeurs. Le Trésorier général présente le rapport annuel sur les comptes aux Assemblées Générales, ainsi que toutes les annexes nécessaires (documents, comptes, états, tableaux), prévues par les lois et règlements en vigueur. Il présente en Bureau et en conseil d'administration les projets de budget, plans de financement, et états intermédiaires de situation de trésorerie, de placement, et d'exécution. Il est secondé par un Trésorier adjoint, qui le supplée dans toutes ses attributions en cas d'empêchement.

ARTICLE 45 - COMMISSIONS
Le conseil d'administration peut, sous son contrôle et sa responsabilité, constituer des commissions, sur les thèmes généraux ou particuliers, qu'il juge utiles au bon fonctionnement de la Mutuelle. La ou les commissions sont présidées par un membre du conseil d'administration auquel elles rendent compte de leurs travaux et décisions. La ou les commissions se réunissent chaque fois que nécessaire et au minimum trois fois par an.

ARTICLE 46 - DÉLÉGATIONS
À l'exclusion des délégations de pouvoirs consenties au bureau par le Président du conseil d'administration (article 40) et le conseil d'administration (article 32) les membres du bureau peuvent déléguer tout ou partie de leurs attributions au Dirigeant opérationnel, qui peut les subdéléguer sous sa responsabilité. Il rend compte au Président et au Bureau de la réalisation de ses missions dans le cadre de ces délégations et des subdélégations consenties

FINANCES

ARTICLE 47 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT
Le fonds d'établissement de la Mutuelle prévu à l'article L.114-4 du code de la mutualité est fixé à QUATRE CENT MILLE EUROS (400 000 €). Il est alimenté, conformément au même texte, par les droits d'adhésion perçus et qui lui sont dédiés. Le fonds, constitué par prélèvement sur les réserves libres de la Mutuelle, pourra être augmenté, en tant que de besoin, par simple décision de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 48 - RECETTES
Les recettes de la Mutuelle sont valablement constituées par :

- le droit d'adhésion ou frais de dossier éventuellement fixés par l'Assemblée Générale.
- les cotisations des membres.
- tous produits résultant de l'activité de la Mutuelle.

Applicable depuis le 13 décembre 2018

DISPOSITION GÉNÉRALE
ARTICLE 1 – OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE
Conformément à l'article 4 des statuts et à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, le présent règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

4. les dons et legs mobiliers et immobiliers.
5. toutes recettes compatibles avec les lois et règlements en vigueur et compatibles avec les présents statuts,et notamment les subventions, concours financiers et prêts.

ARTICLE 49 - DÉPENSES
Les dépenses de la Mutuelle comprennent :

- les différentes prestations servies aux membres et/ou ayants droit.
- les dépenses de fonctionnement et d'investissement.
- les différentes cotisations et participations financières versées aux instances départementales, régionales et nationales.
- les cotisations et redevances dues au Système Fédéral de garantie (article L.111-5 du code de la Mutualité) et à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.
- toutes autres dépenses entrant dans l'objet social de la mutuelle.»

ARTICLE 50 - SÉCURITÉ FINANCIÈRE
Pour sa sécurité et celle de ses adhérents, la Mutuelle adhère au Système Fédéral de garantie (SFG) mis en place par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

ARTICLE 51 - RÈGLES PRUDENTIELLES
Dans le respect des règles prudentielles édictées par les lois et règlements, la Mutuelle affecte aux différents comptes de réserves les sommes nécessaires. Lesdites sommes sont placées auprès des organismes habilités dans les formes, volumes et degrés de liquidité autorisés ou requis.

ARTICLE 52 - COMITÉ D'AUDIT
Conformément à la réglementation en vigueur, la Mutuelle dispose d'un dispositif de contrôle interne permanent, dont les travaux sont dirigés sous la responsabilité du comité d'audit afin d'assurer :

- la conformité aux lois et règlements ;
- l'application des instructions et des orientations fixées par le conseil d'administration ;
- le bon fonctionnement des processus internes de la société, notamment ceux concourant à la sauvegarde des actifs ;
- la fiabilité des informations financières.

Celui-ci est constitué de membres administrateurs et/ou de membres non-administrateurs ayant une expertise particulière dans le domaine administratif, financier et comptable désignés par le conseil d'administration.

ARTICLE 53 - COMMISSAIRE AUX COMPTES
L'Assemblée Générale désigne sur proposition du conseil d'administration, au moins un commissaire aux comptes et un suppléant, conformément à l'article L.114-38 du code de la mutualité. Le ou les commissaires aux comptes disposent de tous

les pouvoirs et attributions tels qu'ils résultent du code de la mutualité et du code de commerce en termes de certification de comptes, de communications et d'avis sur les conventions et faits dont ils ont connaissance et ils les consignent dans un rapport spécial. Le ou les commissaires aux comptes joignent à leur rapport général annuel de certification et d'observations sur les comptes des annexes relatives aux éventuels concours financiers, subventions, prêts ou apports consentis par la Mutuelle.

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 54 - DISSOLUTION ET LIQUIDATION
Hormis les cas prévus par les lois et règlements en vigueur, l'Assemblée Générale peut, dans les règles e formes prévues aux présents statuts, prononcer la dissolution de la Mutuelle. L'Assemblée Générale fixe le cahier des charges de la liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs, qui peuvent être des administrateurs. La mise en place des liquidateurs rend caducs de plein droit les mandats des administrateurs. L'Assemblée Générale peut conférer des pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, dont elle approuve le compte de liquidation, et auxquels elle donne valable quitus. L'excédent d'actif net disponible est dévolu par décision de l'Assemblée Générale, à tout organisme, fonds ou personne morale, habilitée à le recevoir, en vertu du codé de la mutualité et des lois et règlements en vigueur au jour de survenance de la décision

ARTICLE 55 - HIÉRARCHIE DES NORMES
Les présents statuts, le règlement mutualiste ou le contrat collectif sont, après les lois, les règlements en vigueur et le code de la mutualité, évoqués dans cet ordre pour toute interprétation.

ARTICLE 56 - CONFLITS ET JURIDICTION
Tous conflits et difficultés, liés à l'interprétation des présents statuts, du règlement mutualiste ou du contrat collectif mutualiste, sont soumis à la personne en charge de la gestion des réclamations. À défaut de solution, il sera fait appel au médiateur de la mutualité française. La décision du médiateur est réputée opposable aux parties. Les coordonnées des services réclamation et médiation sont mentionnées dans les règlements mutualistes et contrats collectifs et sur le site internet de la Mutuelle. S'agissant des actions en justice, les instances judiciaires du lieu de résidence du défendeur sont seules compétentes.

Statuts adoptés en Assemblée Générale le 19 octobre 2018.

situation à l'exception des bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Les enfants seuls peuvent être adhérents dès 16 ans dès l'instant où ils sont immatriculés à la Sécurité Sociale. Dès lors qu'ils en font la demande non équivoque, l'intervention du représentant légal n'est pas nécessaire. L'adhérent dispose du libre choix de sa formule.

ARTICLE 4 - INFORMATION PRE-CONTRACTUELLE
Conformément à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité, la Mutuelle remet au membre participant, avant la signature du contrat, le bulletin d'adhésion, les statuts, le règlement mutualiste, et un document d'information normalisé sur le règlement (IPID). En sa qualité de souscripteur du contrat d'assistance, la Mutuelle lui remet également la notice d'information relative à la garantie d'assistance.

ARTICLE 5 - CONDITIONS D'ADHÉSION
Les futurs adhérents doivent remplir, signer le bulletin d'adhésion et le renvoyer accompagné d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'Épargne, de la copie de l'attestation accompagnant la

carte vitale ou autres documents attestant de la domiciliation de leur centre de Sécurité Sociale datant de moins de trois mois, du mandat de prélèvement SEPA et, le cas échéant, du certificat de radiation d'un précédent organisme datant de moins de 3 mois. L'adhésion est assortie d'un délai de renonciation de 14 jours à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion en cas de démarchage et de 14 jours à compter du jour où l'adhésion a pris effet en cas de vente à distance, conformément aux lois et règlements en vigueur. L'adhérent peut exercer sa faculté de renonciation en adressant à la Mutuelle soit :
– une lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle Hormis les cas prévus par les lois et règlements en vigueur, l'Assemblée Générale peut, dans les règles et formes prévues aux présents statuts, prononcer la dissolution de la Mutuelle. L'Assemblée Générale fixe le cahier des charges de la liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs, qui peuvent être des administrateurs. La mise en place des liquidateurs rend caducs de plein droit les mandats des administrateurs. L'Assemblée Générale peut conférer des pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, dont elle approuve le compte de liquidation, et auxquels elle donne valable quitus. L'excédent d'actif net disponible est dévolu par décision de l'Assemblée Générale, à tout organisme, fonds ou personne morale, habilitée à le recevoir, en vertu du codé de la mutualité et des lois et règlements en vigueur au jour de survenance de la décision

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation annuelle affectée à la couverture d'une garantie santé.
Dans le cadre de la souscription en ligne, l'adhérent a la possibilité de payer sa première mensualité par carte bancaire.

ARTICLE 6 - DATE D'EFFET
L'adhésion prend effet, sous réserve des droits de renonciation le cas échéant applicables et de la réception par la Mutuelle de la demande d'adhésion, à la date librement fixée par l'adhérent, sur son bulletin d'adhésion, coïncidant au plus tôt avec :
- soit le premier jour du mois suivant la signature de celui-ci ;
- soit le premier jour du mois qui suit la date mentionnée sur le certificat de radiation de la précédente mutuelle de l'adhérent, cette radiation devant être effective depuis moins de 3 mois.

ARTICLE 7 - ADHÉSION DE NOUVEAU-NÉS
Sur la base de la photocopie du livret de famille ou d'un extrait d'acte de naissance et d'un courrier de l'adhérent en faisant expressément la demande, les enfants inscrits dans les deux mois à compter du jour de leur naissance deviennent ayants droit et n'ont aucun délai de carence à accomplir. Leur adhésion prend effet le jour de leur naissance et la cotisation du dossier sera modifiée le 1er jour du mois suivant. Si la demande d'inscription survient plus de deux mois suivant leur naissance, leur affiliation prend effet le 1er jour du mois qui suit le jour de la demande.

ARTICLE 8 - DÉLAI DE CARENCE
Le droit à prestations est acquis dès l'adhésion après le délai de carence suivant :

- 6 mois pour tout adhérent ou ayant droit hospitalisé ou interné au jour de son adhésion.

Les adhérents présentant lors de leur adhésion un certificat de radiation d'une autre mutuelle de moins de 3 mois sont dispensés des délais de carence pour les risques couverts par leur précédent organisme. Le Conseil d'Administration peut dispenser certains adhérents ou certaines catégories d'adhérents des délais de carence prévus, dans le cadre d'actions sociales ou de promotions.

ARTICLE 9 - CHOIX DE LA FORMULE
La Mutuelle propose six formules :

- Essentielle
- Essentielle +
- Équilibre
- Équilibre +
- Confort
- Confort +

qui respectent toutes les règles du parcours de soins dans les formes et conditions édictées par les lois et règlements en vigueur. Ces formules sont ouvertes à tous les assurés et à leurs ayants droit, quel que soit leur état de santé et leur âge à l'adhésion. L'adhérent est libre du choix de sa formule de garanties lors de son adhésion. L'adhésion d'un individu ou d'une famille à l'une de ces formules est obligatoire pour une durée minimale d'une année renouvelable par tacite reconduction pour une nouvelle période annuelle. La formule choisie s'applique au membre participant et à tous ses ayants droit.

ARTICLE 10 - CHOIX DES RENFORTS
Tout adhérent à la formule « Confort » ou « Confort + » peut souscrire à un renfort optionnel, permettant un complément de remboursement

à sa formule de base.
Ces renforts sont les suivants :

- Renfort « dépassement d'honoraires – hospitalisation »
- Renfort « dentaire – optique – auditif »
- Renfort « prévention – bien-être »

Il est possible de souscrire à un ou plusieurs renforts, ceux-ci étant cumulables. Le choix de l'adhésion à un renfort est individuel. Le membre participant peut choisir pour lui et chacun de ses ayants droit inscrit au bulletin d'adhésion l'adhésion ou non à un ou plusieurs renforts. En cas de souscription d'un renfort, la cotisation liée au renfort vient s'ajouter à la cotisation de la formule « Confort » ou « Confort + ». La date d'effet du renfort est identique à la date d'effet de la formule de base, si l'adhésion à la formule de base et au renfort sont réalisées simultanément. A défaut, si l'adhésion au renfort est réalisée postérieurement à l'adhésion à la formule de base, la date d'effet du renfort est au choix de l'adhérent, soit le 1er jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion au renfort, soit le premier jour d'un mois postérieur, sans que le délai puisse excéder trois mois. Le droit aux prestations du membre participant ou de ses ayants droit est acquis dès la date d'effet de l'adhésion après un délai de carence incompressible de trois mois pour le renfort « Prévention – bien-être». Le montant total des remboursements, en utilisant un renfort, ne peut excéder le montant total des dépenses engagées. Les réductions et gratuités prévues à l'article 16 du présent règlement ne s'appliquent pas aux renforts. Le renfort peut être résilié au 31 décembre de chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception ou envoi recommandé électronique adressé au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre. Le renfort est résilié automatiquement en cas :
- de résiliation de la formule « Confort » ou « Confort + »
- de changement de formule pour une formule autre que « Confort » ou « Confort + ».

ARTICLE 11 – CHANGEMENT DE FORMULE
Conformément à l'article 9 des statuts, il est expressément stipulé que l'adhérent doit avoir une année d'ancienneté dans sa formule – incompressible et de date à date – avant de pouvoir la modifier s'il le souhaite pour une formule dont les prestations sont inférieures. En revanche, l'adhérent peut choisir une formule dont les prestations sont supérieures, sans avoir à justifier d'une année d'ancienneté dans l'ancienne formule. Tout changement de formule entraîne la reconduction du contrat pour une durée d'une année. La nouvelle formule choisie s'applique au membre participant et à ses ayants droits.

ARTICLE 12 – DÉMISSION / RADIATION / EXCLUSION
Les conditions de la démission et de la résiliation sont définies dans l'article 11 des statuts.

12.1. Résiliation annuelle
En application de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant peut résilier son adhésion au 31 décembre de chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique avec un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre. En cas de résiliation, l'adhérent doit être à jour dans le paiement de ses cotisations, toute année commencée étant due dans son intégralité. Par ailleurs, le membre participant est informé de la date limite d'exercice de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance annuelle de cotisation, conformément à l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité.

12.2. Résiliation en cas d'adhésion obligatoire à un contrat collectif
L'adhérent qui rejoint un contrat collectif obligatoire doit notifier sa demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique. Il devra joindre impérativement l'attestation nominative de son employeur précisant le caractère obligatoire et la date d'effet de son adhésion au contrat et restituer sa carte de mutuelle. La résiliation prendra effet à la fin du mois suivant la réception de l'ensemble des pièces et sous réserve qu'il soit à jour de ses cotisations. Aucune résiliation ne peut avoir d'effet rétroactif. La démission implique le règlement de toutes les cotisations dues et la restitution de la carte d'adhérent de l'année en cours. A défaut, la Mutuelle se réserve le droit de ne pas délivrer le certificat de radiation et d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes dues et pour toute utilisation frauduleuse de la carte d'adhérent après radiation.

12.3. Résiliation pour modification du risque assuré

Conformément à l'article L. 221-17 du code de la mutualité, l'adhérent et la Mutuelle peuvent dénoncer l'adhésion lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants : changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, il peut être mis fin à l'adhésion par le membre participant ou la mutuelle lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

12.4. Radiation et exclusion
Les conditions de la radiation et de l'exclusion sont définies à l'article 12 des statuts.

12.4.1. Défaut de paiement
Lorsque la radiation est prononcée pour défaut de paiement des cotisations, après un retard constaté d'une mensualité, et deux rappels de cotisations dont une mise en demeure par lettre recommandée restés sans réponse de la part de l'adhérent ou sans paiement de tout ou partie de la somme due, une procédure de contentieux est engagée. En vertu de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, nonobstant ce qui précède, le défaut de paiement des cotisations ouvre le droit à la mutuelle de résilier ses garanties dans les 40 jours qui suivent la mise en demeure de l'adhérent déficient. En effet, à défaut de paiement dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse à l'adhérent une mise en demeure. Ce n'est qu'au terme d'un délai de trente jours suivant cette mise en demeure que la garantie peut être suspendue. La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

12.4.2. Exclusion
L'exclusion peut être prononcée à l'encontre de membres qui auraient porté atteinte aux intérêts de la Mutuelle dans les conditions prévues par les statuts.

Peut par ailleurs être exclu le membre qui, de mauvaise foi, ou intentionnellement aurait fait des déclarations inexactes, omis de communiquer des informations ou présenté des documents falsifiés aux fins de percevoir indûment des prestations, conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité. La radiation ou l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement de tout ou partie des cotisations versées. Si l'ancien adhérent radié pour défaut de paiement souhaite sa réinscription, celle-ci sera effective après étude du dossier et après paiement intégral de la dette antérieure. L'ancien adhérent dont l'adhésion est acceptée ne pourra bénéficier d'aucune offre commerciale en cours. Par ailleurs, en cas de radiation d'un dossier pour défaut de paiement, le couple inscrit a une responsabilité mutuelle des dettes constatées sur le dossier commun. Ainsi, un nouveau dossier pour l'un des membres du couple ne pourra être fait sans la régularisation totale de la dette.

ARTICLE 13 – CAS PARTICULIER : RADIATION DES ADHÉRENTS QUITTANT LA FRANCE POUR RAISON PROFESSIONNELLE

L'adhésion des adhérents qui quittent la France pour raison professionnelle et bénéficient toujours des prestations en nature de la Sécurité Sociale française, est poursuivie dans les mêmes conditions. L'adhésion est résiliée. A son retour ou lorsqu'il redevient ressortissant d'un régime français de sécurité sociale, il peut formuler une nouvelle demande d'adhésion.

COTISATIONS

ARTICLE 14 - DROITS D'ADHÉSION :
Lors de chaque adhésion, il est perçu, quel que soit le nombre d'ayants droit, un droit d'adhésion dont le montant forfaitaire est fixé par l'Assemblée Générale et reconduit tacitement, sauf modification votée par cette même Assemblée Générale. Les droits d'adhésion sont affectés au fonds d'établissement de la Mutuelle conformément à l'article L.114-4,3 du Code de la Mutualité. Le Conseil d'administration peut en dispenser certains adhérents dans le cadre d'actions particulières de promotions.

ARTICLE 15 – FIXATION ET EVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées pour l’année civile par le conseil d’administration. Le montant des cotisations peut être modifié dans les mêmes formes. Les modifications des cotisations s’appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

ARTICLE 16 – MODE DE CALCUL DE LA COTISATION

Les cotisations sont déterminées en fonction de la formule choisie et de la tranche d’âge des membres participants et ayants droit, de la composition familiale et peuvent varier en fonction de ces critères. Les tranches d’âge sont : de 0 à 18 ans, de 19 à 39 ans, de 40 à 59 ans, de 60 à 69 ans, de 70 à 79 ans, 80 ans et plus. Il est prévu une réduction pour le conjoint marié, en concubinage ou pacsé affilié en qualité d’ayant droit au titre de la même adhésion. En cas de décès, divorce ou séparation, ainsi qu'en cas de résiliation par un membre du couple, l’ayant droit ne pourra bénéficier des garanties de la Mutuelle qu’à la condition d’adhérer à une formule de garanties au titre de laquelle il ne bénéficiera pas de cette réduction. Il est accordé une gratuité pour le troisième enfant ayant droit et les suivants, sur un même dossier, jusqu’à leurs 18 ans.

ARTICLE 17 – MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Les cotisations appelées sont déterminées chaque année par le Conseil d’Administration, telles que prévues à l’article 31 des statuts. Les cotisations sont exprimées en euros, s’entendent TTC et sont payables d’avance, par prélèvements automatiques sur le compte bancaire de l’adhérent, selon une échéance et des dates laissées au choix du mutualiste : mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle à échéances du 5, 10, 15, 20, 25 ou 30. Il ne peut être effectué de prélèvements sur les livrets d’épargne. Tout mois commencé est dû, y compris en cas de décès du bénéficiaire. Dans le cas où deux rejets de prélèvements consécutifs sont enregistrés et non régularisés, la Mutuelle procède à la suspension de ce mode de paiement jusqu’à régularisation intégrale de la somme due, et met en œuvre, le cas échéant, la procédure de résiliation visée à l’article L. 12.4.1. L’adhérent doit informer la Mutuelle dans les meilleurs délais en cas de changement de coordonnées bancaires et veiller à l’approvisionnement de sa nouvelle domiciliation. Il appartient à l’adhérent, n’ayant pas opté pour un prélèvement automatique, de verser lui-même ses cotisations en début d’échéance, sans attendre de rappel. Les paiements par chèques sont autorisés uniquement pour les règlements de cotisation à échéances trimestrielle, semestrielle ou annuelle et doivent être effectués par avance, avant le 10 de la périodicité choisie. L’adhérent peut aussi régler ses cotisations par carte bancaire directement sur l’espace adhérent sécurisé du site internet de la Mutuelle.

ARTICLE 18 - RÉPARTITION DE LA COTISATION

La cotisation réclamée aux adhérents couvre les prestations garanties par la Mutuelle en fonction de la formule choisie, - prestations directement liées aux prestations de la Sécurité Sociale ou prestations supplémentaires -, la garantie assistance, les frais de fonctionnement de la Mutuelle, les taxes, et pourvoit au maintien des réserves prudentielles édictées par les lois et règlements. La Mutuelle informe les adhérents des modifications tarifaires décidées par le Conseil d’Administration par notification préalable individuelle. En cas d’instauration ou de modification de taxes et autres charges fiscales liées aux cotisations, la Mutuelle se réserve le droit d’augmenter les cotisations à la date d’effet de ces nouvelles taxes et charges.

ARTICLE 19 - AVIS DE PAIEMENT OU DE RAPPEL

Le règlement des cotisations se fait par avance et principalement par prélèvements bancaires. En conformité avec la loi Châtel, la Mutuelle informe individuellement chaque adhérent du tarif de l’année suivante par l’envoi d’un avis d’échéance annuel. Cet envoi est réalisé sous le contrôle d’un huissier de justice. Sous réserve que les cotisations de l’année écoulée aient été intégralement réglées, la carte de mutualiste est adressée par pli séparé. En cas de retard de paiement de plus de dix jours, la procédure visée à l’article 12.4.1. est mise en œuvre.

ARTICLE 20 – ACCUSÉ DE RÉCEPTION
La Mutuelle n’accuse pas réception des versements de cotisations, les talons, réceptionnés ou avis de débits bancaires des paiements tiennent lieu de reçus.

ARTICLE 21 - FRAIS DE DOSSIER

Pour toute demande générant des recherches comptables ou administratives sur des prestations ou cotisations versées depuis plus de 12 mois, l’adhérent sera redevable de frais d’un montant maximal de 50 euros. En outre, en cas d’impayé, de rejet de chèque ou de prélèvement, la Mutuelle pourra mettre à sa charge les frais afférents et facturés par l’établissement de crédit ou de paiement.

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 22 - PRESTATIONS

Le montant des prestations est fixé par le Conseil d’Administration. Les prestations sont définies soit par référence au tarif conventionnel de la Sécurité Sociale, soit forfaitairement. Le cumul du remboursement de la Sécurité Sociale, de la Mutuelle et de tout organisme complémentaire ne peut en aucun cas dépasser le montant des dépenses engagées. Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ont un caractère indemnitaire. L’indemnité due par la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à charge du membre participant ou de son ou ses ayant(s) droit au moment du sinistre (article L. 224-8 du Code de la mutualité). 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 de l’adhérent 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 assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date 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 23 - REMBOURSEMENT

La participation de la Mutuelle est allouée sur présentation du décompte original de la Sécurité Sociale, s’agissant de prestations inscrites dans la nomenclature de la Sécurité Sociale et au vu de la présentation de la facture originale pour tous actes ou prestations hors nomenclature. Lorsqu’un accord a été conclu avec les Caisses de Régime Obligatoire, cette participation est allouée automatiquement à la réception d’éléments informatisés transmis directement par ces organismes. Pour les cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale, le forfait est versé uniquement sur présentation de la facture des frais d’hébergement, au nom de l’adhérent ou d’un ayant droit. Les décomptes et factures présentés plus de deux ans suivant la date des soins, sont prescrits et ne peuvent donner lieu à remboursement. La date prise en compte est celle de la prescription médicale qui figure sur le décompte de la Sécurité Sociale ou avis des sommes à payer dans la colonne « date de soins ou des actes ». S’agissant de l’optique et du dentaire, la date prise en compte est la date de la facture pour l’optique et la date d’exécution des soins pour la prothèse dentaire. Si un adhérent perçoit à tort des prestations, la Mutuelle pourra récupérer les sommes indues par tous moyens à sa disposition et pourra prélever ces sommes sur les prestations à venir par compensation.

ARTICLE 24 – REMBOURSEMENTS EXCLUS

Les garanties proposées par la Mutuelle ne remboursent pas :
– les majorations de participation et dépassements d’honoraires liés à l’absence de désignation d’un médecin traitant ou au non-respect du parcours de soins coordonné
– la majoration de participation liée au refus du patient d’autoriser l’accès ou la modification de son dossier médical personnel par le professionnel de santé
– la participation forfaitaire mentionnée à l’article L.160-13 II du Code de la Sécurité Sociale pour chaque acte ou chaque consultation

– les franchises médicales prévues à l’article L.160-13 III du Code de la Sécurité Sociale relatives aux médicaments, aux actes paramédicaux et au transport sanitaire.

ARTICLE 25 – SUBROGATION

Conformément à l’article L.224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l’article L. 224-8 du même Code, la Mutuelle est subrogée jusqu’à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables. La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu’elle a exposées qu’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, à l’exclusion de la part d’indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d’agrément, à moins que les prestations versées par l’organisme mutualiste n’indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d’accident suivi de mort, la part d’indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

ARTICLE 26 – PRESCRIPTION

Conformément à l’article L.221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations garanties par la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l’événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
– en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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.

Quand l’action du membre participant, du bénéficiaire ou de l’ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d’un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l’ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. Conformément à l’article L.221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d’interruption de la prescription (reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrit, demande en justice et acte d’exécution forcée), et par la désignation d’experts à la suite de la réalisation d’un risque. L’interruption de la prescription de l’action peut, en outre, résulter de l’envoi d’une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l’action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l’ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l’indemnité.

ARTICLE 27 - CHAMBRE PARTICULIÈRE

Les hospitalisations sont prises en charge conformément aux tableaux des prestations applicables à la formule de garanties choisie par l’adhérent. La demande de prise en charge de la chambre particulière doit être faite par l’adhérent ou l’établissement hospitalier. En cas de passage automatique dans un second établissement, sans retour au domicile de l’assuré, une nouvelle demande doit être faite par l’adhérent ou l’établissement hospitalier. Les conditions tarifaires et de durée de prise en charge sont déterminées par la formule de garanties choisie. La mutuelle ne peut être tenue pour responsable de la non obtention de celle-ci pour quelque cause que ce soit. Aucune indemnité compensatrice n’est prévue dans ce cas.

ARTICLE 28 – FORFAIT OPTIQUE

Le montant du forfait optique garanti par votre formule santé pourra être majoré dans un maximum de 50% non cumulable en cas de non utilisation, même partielle, dans l’année civile, et reportable sur les années suivantes. Ce report équivaldra à la moitié du montant du forfait optique garanti au mois de décembre de l’année écoulée. En cas d’utilisation du forfait majoré, le forfait optique inscrit dans la formule santé (sans majoration) est à nouveau alloué sans majoration à compter du 1er janvier de l’année suivante. Lors du changement de formule de garanties, la durée d’adhésion à la formule de garanties précédemment souscrite est prise en compte pour la majoration du forfait optique. Dans ce cas, l’adhérent bénéficiera du forfait optique de sa nouvelle formule et de la majoration de forfait de son ancienne formule.

ARTICLE 29 – PLAFOND PROTHESES DENTAIRES

L’annualité du plafond prothèses dentaires est évaluée à partir de la date d’effet de l’adhésion (de chaque bénéficiaire) à la formule de garanties. La part non consommée une année n’est pas reportée sur l’année suivante. Lors du changement de formule de garanties au sein de l’offre « LMP + », la durée d’adhésion à la formule de garanties précédemment souscrite n’est pas prise en compte pour la majoration du plafond prothèses dentaires. L’adhérent qui migre d’une formule « LMP » (Accueil, Base, Civiss, Option +, Altiss) vers une formule « LMP + » bénéficiera du plafond prothèse dentaire plus élevé de sa nouvelle formule à la condition que la date de début de ses soins soit bien postérieure à la date de prise d’effet de sa nouvelle formule. Le bénéfice du plafond de l’ancienne formule s’arrête au jour où démarre le bénéfice du plafond de la nouvelle formule.

ARTICLE 30 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées par virement sur un compte bancaire ou sur un livret de Caisse d’Epargne. En conséquence, les adhérents doivent indiquer, dès leur inscription ou en cas de modification, le mode de paiement choisi et fournir un relevé d’identité bancaire. Chaque ayant-droit pourra demander le versement de ses prestations sur son propre compte bancaire, ou livret de Caisse d’Epargne. Le paiement des prestations est suspendu tant que l’adhérent n’est pas à jour de ses cotisations, au terme du délai de trente jours suivant l’envoi de la mise en demeure adressée pour défaut de paiement, conformément aux dispositions de l’article L. 221-7 du code de la mutualité. En conformité avec les textes, le paiement des prestations est suspendu en cas de suspicion de fraude pouvant donner lieu à un blanchiment d’argent ou participer au financement du terrorisme.

ARTICLE 31 - RELEVÉ DES PRESTATIONS PAYÉES

Le paiement des prestations est effectué régulièrement, et les adhérents en sont informés par l’envoi d’un relevé périodique descriptif détaillé les avisant du montant et de la date de chaque règlement effectué. Ce relevé vaut pièce justificative auprès des organismes sociaux ou mutualistes. Tout adhérent peut également consulter la situation de ses remboursements, sur son espace personnel et sécurisé par code d’accès accessible sur le site internet de la Mutuelle.

ARTICLE 32 - ADHÉRENT BÉNÉFICIAIT DE L'EXONÉRATION DU TICKET MODÉRATEUR

Les membres bénéficiant d’une exonération du ticket modérateur (100 %) à quelque titre que ce soit, ne peuvent prétendre à un complément de remboursement que dans la limite des frais engagés et des suppléments ou forfaits mentionnés dans le tableau des prestations afférent à la formule de garanties choisie. Ils doivent néanmoins fournir leur attestation notifiant leur exonération à la Mutuelle pour complétude de leur dossier.

ARTICLE 33 - TIERS PAYANT

Le Tiers payant permet aux adhérents d’obtenir sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale, sans aucune avance de fonds, la délivrance des médicaments ou des actes médicaux prescrits par le Médecin traitant. Il est pratiqué sur la base de la carte d’adhérent de l’année en cours sauf pour les hospitalisations et auprès des opticiens et audioprothésistes, pour lesquels un bon de prise en charge est nécessaire. L’utilisation de la carte par un adhérent dont l’adhésion est suspendue ou résiliée, constitue un délit pouvant entraîner des poursuites. En ce qui concerne la pharmacie, si pour quelque raison que ce soit, l’adhérent est amené à régler le ticket modérateur, il doit impérativement adresser le reçu original ou la facture subrogatoire correspondante. Il en est de même pour les actes acquittés directement auprès des professionnels de santé. La mutuelle ne saurait être tenue pour responsable en cas de refus de tiers payant par un professionnel de santé.

ARTICLE 34 - NE PEUVENT BÉNÉFICIER DES TIERS PAYANT :
Les adhérents inscrits auprès de la Caisse de Prévoyance de la S.N.C.F. et plus généralement du fait des délégations consenties, les adhérents inscrits auprès d’un organisme de Sécurité Sociale n’ayant passé aucune convention avec les Ménages Prévoyants, à l’exception des hospitalisations et des produits pharmaceutiques.

ARTICLE 35 - EXCLUS DES GARANTIES

Sous réserve des dispositions particulières, expressément prévues dans nos formules individuelles, la Mutuelle ne prend pas en charge les frais suivants, étant précisé qu’il revient à la Mutuelle d’apporter la preuve de ces exclusions :

- Les dépassements d’honoraires et soins hors nomenclature sauf cas prévu.
- Les séjours en maison de retraite et assimilés.
- Les soins esthétiques et la thalassothérapie
- Les accidents scolaires, les accidents de travail et ceux causés par un tiers responsable ou par un sport pratiqué sous licence sportive.

ASSISTANCE LIÉE À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 36 - GARANTIE ASSISTANCE
Conformément à l’article 3 de ses statuts, et à l’article L.116-1 du

Code de la Mutualité, la Mutuelle présente une garantie « Assistance ». Cette garantie d’assistance est incluse dans l’ensemble des formules proposées par la Mutuelle. La notice d’information relative à cette garantie est remise aux bénéficiaires au moment de la souscription à l’offre santé et en cas de modification de la garantie assistance.

FONDS DE SECOURS

ARTICLE 37 – COMMISSION DE FONDS DE SECOURS MUTUALISTE

Il est institué au sein de la Mutuelle, un fonds de secours dont le montant est fixé chaque année en Assemblée Générale. Ce fonds est géré par une Commission composée de droit du Trésorier Général ou du Trésorier Adjoint, de membres désignés par le Conseil d’Administration et de deux salariés de la Mutuelle en charge de constituer les dossiers. Ce fonds est destiné à allouer une participation financière exceptionnelle pour pourvoir à la prise en charge de certains actes ou appareils, à des aménagements de domicile suite à une perte d’autonomie ou handicap au vu de justificatifs produits par l’adhérent. Un règlement de fonctionnement du fonds et de la commission est à la disposition des adhérents sur simple demande.

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 38 – COMMUNICATION DU MONTANT ET DE LA COMPOSITION DES FRAIS DE GESTION ET D’ACQUISITION

Conformément à la réglementation, la mutuelle communique annuellement à chacun de ses adhérents, simultanément à l’envoi de l’avis d’échéance, le montant de ses frais de gestion, le montant de ses frais d’acquisition et la somme de ces deux montants. Les montants sont exprimés en pourcentage des cotisations.

ARTICLE 39 - GESTION ELECTRONIQUE DES DOCUMENTS

De convention expresse, il est stipulé que la Mutuelle conserve en original et en archives, les bulletins d’adhésion initiaux valant contrats et les éléments probants (réceptionnés de recommandés) pour valoir avenant au contrat d’adhésion initial, les mandats de prélèvement SEPA, et les demandes de résiliation. Tous les autres documents adressés par l’adhérent à la Mutuelle et inversement sont archivés électroniquement sur son dossier. Aucun original de ces documents n’est conservé par la Mutuelle.

ARTICLE 40 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation et de la gestion de l’adhésion du membre à la Mutuelle au règlement mutualiste, l’exécution d’opérations techniques nécessaires à la mise en œuvre des garanties et des prestations, la gestion des réclamations et du contentieux, l’organisation d’actions de prévention, l’élaboration d’enquête et de gestion de la satisfaction, le contrôle interne, la lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et plus généralement à des fins d’exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Aucune information recueillie ne peut faire l’objet d’une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Tout membre participant, ayant droit dispose d’un droit d’accès, de rectification, de portabilité et d’effacement des données personnelles le concernant, sous réserve que la Mutuelle puisse continuer à gérer ses cotisations et prestations. Sous la même réserve, il a également la possibilité de s’opposer ou de demander une limitation du traitement de ses données. L’ensemble de ces droits peut être exercé par mail à dpo@mutuellemp.fr ou par courrier au service réclamation RGPD de la mutuelle Les Ménages Prévoyants – 11, rue Albert Sarraut 78000 Versailles. Il est également possible d’introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de difficulté.

ARTICLE 41 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION FÉDÉRALE

Conformément aux recommandations de l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, la Mutuelle a mis en place une procédure de traitement des réclamations visant à garantir le respect de la protection de la clientèle au cours du contrat. Le membre participant peut adresser sa réclamation par courrier (Mutuelle Les Ménages Prévoyants – Service Réclamations – 11, rue Albert Sarraut- 78 000 Versailles) ou par courriel en utilisant le formulaire de contact du site internet. La Mutuelle accuse réception de la réclamation sous

dix jours ouvrés maximum à compter de la date de réception de la demande qui doit être obligatoirement effectuée par écrit (mail et/ ou courrier), sauf si elle peut apporter la réponse à l’adhérent dans ce délai. La réponse à la réclamation est communiquée à l’adhérent dans un délai n’excédant pas deux mois à compter de la réception de la réclamation. L’adhérent ou les ayant droits qui ont fait une réclamation écrite peuvent saisir dans l’année qui suit la réclamation, le Service Fédéral de Médiation de la FNMF qui étudiera la situation et rendra une décision que la Mutuelle s’engage à étudier avant de rendre sa position.

Fédération Nationale de la Mutualité Française
Service fédéral de médiation
255 rue Vaugirard 75719 Paris Cedex 15

ARTICLE 42 – AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION

Conformément à l’article L.510-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.



ASSISTANCE

ASSURÉE PAR FILASSISTANCE



numéro Azur : 0810 078 278



fax : 01 47 11 24 63



assistance@filassistance.fr



108 Bureaux de la Colline,
92113 SAINT-CLOUD

Pour bénéficier de nos services, indiquez-nous votre numéro d'accès au service F17S0508 puis votre numéro d'adhérent.

Les conditions générales de vente sont disponibles sur le site mutuellelmp.fr
Pour les recevoir par courrier, appelez le 01 39 24 60 00.

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

PRESTATIONS ACCESSIBLES A L'ADHERENT DES SON ADHESION	
Assistance informations	Du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours fériés)
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Informations santé	Informations téléphoniques
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT AU DOMICILE DE L'ADHERENT	
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation sans prise en charge
Acheminement des médicaments	Organisation sans prise en charge
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Transmission des messages urgents	7j/7 et 24H/24
Présence d'un proche au chevet (si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside à moins de 50 Km du lieu d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint)	1 titre de transport A/R 2 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 160 € TTC
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
• Garde au domicile	40 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Accompagnement des enfants à l'école	1 A/R par jour pendant 5 jours
• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 titre de transport A/R par évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
Garde ou transfert des ascendants dépendants	
• Garde au domicile	40 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Transfert accompagné des ascendants chez un proche	1 titre de transport A/R par évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs (mise en place de la prestation pendant l'hospitalisation ou suivant la date de retour au domicile)
Garde des animaux de compagnie	30 jours maximum
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE RADIOTHERAPIE OU CHIMIOOTHERAPIE DE L'ADHERENT OU DE CONJOINT	
Aide à domicile	4 heures réparties sur les 2 jours suivant chaque séance dans la limite de 20 heures sur la durée du traitement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 10 JOURS D'UN ADHERENT AGE DE PLUS DE 65 ANS OU D'UNE HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES D'UN ADHERENT AGE DE 75 ANS OU PLUS	
Téléassistance pour sécuriser la convalescence	Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service gratuit (Prévifil)
Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de téléassistance	Informations téléphoniques
ASSISTANCE AUX ENFANTS	
Aide à domicile (si l'enfant âgé de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint est hospitalisé)	20 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés/ 1 intervention par année civile et par Adhérent

Présence d'un proche au chevet (si l'enfant âgé de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint est hospitalisé à plus de 50 Km de son domicile)	1 titre de transport A/R par évènement 7 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 560 € TTC
Garde de l'enfant malade ou accidenté âgé de moins de 16 ans (2 interventions par année civile pour chaque enfant)	
• Garde au domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
Ecole à domicile (si l'enfant âgé de l'Adhérent ou de son Conjoint est immobilisé pour une durée supérieure à 15 jours suite à une maladie soudaine ou suite à un accident)	2 heures maximum/jour jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours (mise en place de la prestation pendant l'immobilisation)
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES OU D'UNE IMMOBILISATION A DOMICILE SUPERIEURE A 48 HEURES SUITE A UN ACCIDENT OU A UNE MALADIE SOUDAIN DE LA SALARIEE CHARGEE DE LA GARDE DES ENFANTS	
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
• Garde au domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 titre de transport A/R par évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITE	
Auxiliaire de Puériculture/Technicienne d'intervention sociale et familiale (en cas de naissance multiple)	3 heures maximum au cours de la semaine faisant suite au retour au domicile
Aide à domicile (en cas de séjour supérieur à 8 jours en maternité OU de naissance multiple)	20 heures réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs suivant le retour de l'Adhérent ou de son Conjoint au domicile
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT, DE MALADIE OU DE DECES D'UN PROCHE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Accompagnement médico-social	Entretien téléphonique
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum et/ou mise en relation avec un psychologue de ville.
ACCOMPAGNEMENT PERTE D'AUTONOMIE	
Renseignements sur la perte d'autonomie	Entretiens téléphoniques/Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement psychologique	Ecoute psychologique par téléphone / 3 consultations maximum (par téléphone ou face à face ou remboursement des frais de consultation dans la limite de 60 € TTC)
Accompagnement de l'Adhérent dépendant	Entretien téléphonique/Mise en relation sans prise en charge
Aide à la constitution de dossier	Entretiens téléphoniques
Bilan prévention autonomie	Entretiens téléphoniques
Bilan de situation (en cas de changement de GIR ou d'handicap d'un Adhérent)	3 heures par Adhérent dépendant/handicapé
Aide à la recherche d'établissements temporaires ou permanents pour l'Adhérent dépendant ou handicapé	Entretiens téléphoniques
Conseil en ressources sociales	Entretiens téléphoniques
Transport pour un examen ou un rendez-vous médical de l'Adhérent dépendant ou handicapé	2 fois par an
Maintien dans l'emploi de l'Adhérent dépendant ou handicapé.	Entretiens téléphoniques
Aménagement du domicile ou du véhicule de l'Adhérent dépendant ou handicapé	Organisation sans prise en charge
AIDE AUX AIDANTS	
Renseignements sur la perte d'autonomie	Entretiens téléphoniques/Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement psychologique	Ecoute psychologique par téléphone / 3 consultations maximum (par téléphone ou face à face ou remboursement des frais de consultation dans la limite de 60 € TTC)
Accompagnement d'un proche dépendant de l'Assuré aidant	Entretien téléphonique/Mise en relation sans prise en charge
Aidant de remplacement (En cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 24 heures ou d'immobilisation supérieure à 5 jours de l'Assuré aidant)	
• Auxiliaire de vie ou d'une aide à domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours
• Ou Transfert accompagné du proche dépendant ou handicapé chez la personne désignée par l'Assuré aidant	1 titre de transport A/R
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile du proche dépendant	1 titre de transport A/R
Services d'assistance «à la carte » (en cas d'entrée en dépendance d'un proche de l'Adhérent)	Mise en relation sans prise en charge
Aide à la constitution de dossier	Entretiens téléphoniques
Bilan prévention autonomie	Entretiens téléphoniques
Bilan de situation (en cas de changement de GIR ou d'handicap d'un proche de l'Assuré aidant)	3 heures par Assuré aidant
Aide à la recherche d'établissements temporaires ou permanents pour les proches dépendants ou handicapés de l'Assuré aidant	Entretiens téléphoniques
Conseil en ressources sociales	Entretiens téléphoniques
Maintien dans l'emploi d'un proche dépendant ou handicapé de l'Assuré aidant	Entretiens téléphoniques
Aménagement du domicile ou du véhicule du proche dépendant ou handicapé de l'Assuré aidant	Organisation sans prise en charge

Découvrez l'ensemble de nos garanties



Avantage couple
10% de réduction pour le conjoint en cas d'adhésion, sur un même dossier, d'un couple marié, en concubinage ou pacsé.



Avantage famille
Cotisation gratuite pour le 3ème enfant ayant droit et les suivants, sur un même dossier, jusqu'à leurs 18 ans.



Bonus fidélité en optique
report du forfait lunettes et lentilles de 50% si non utilisé dans l'année civile précédente.

L'ensemble des garanties s'entend dans le respect du parcours de soins. Les forfaits sont alloués par bénéficiaire et par année civile, sauf mention contraire. La mutuelle intervient dans la limite des frais engagés.

Garanties applicables au 1^{er} Janvier 2020 % exprimé en BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale)

Soins courants		Taux sécurité sociale
Honoraires médicaux (<i>généralistes, spécialistes, visites</i>)	En parcours de soins	70%
	Hors parcours de soins	30%
Honoraires médicaux (<i>actes techniques médicaux</i>)	En parcours de soins	70%
	Hors parcours de soins	30%
Honoraires paramédicaux (<i>soins infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc</i>)		60%
Analyses et examens de laboratoire		60%
Médicaments (<i>pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		15% à 65%
Matériel médical		60%
Vaccins (<i>non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		-
Cures thermales prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (<i>forfait versée uniquement sur présentation de la facture nominative des frais d'hébergement</i>)		65%
Soins à l'étranger (<i>pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		70%
Dentaire		
Soins (<i>pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		70%
Prothèses (<i>pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>) (plafond annuel part mutuelle)		70%
Actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (<i>dents provisoires, rebasage, orthodontie adulte non remboursée, implants, hors parodontologie</i>)		-
Orthodontie (<i>-16 ans pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		100%
Optique (<i>Report du forfait lunettes et lentilles de 50% si non utilisé dans l'année civile précédente (voir les conditions dans le Règlement Mutualiste)</i>)		
Équipement optique (<i>2 verres + 1 monture</i>)	Adultes	60%
	Enfants < à 16 ans	60%
Lentilles (<i>prises en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)	Adultes	60%
	Enfants < à 16 ans	60%
Aides auditives		
Aides auditives (<i>limité à 2 prothèses par an</i>)		60%
Hospitalisation		
Frais de séjour		80%
Honoraires (<i>chirurgiens / anesthésistes</i>)		80%
Forfait journalier hospitalier (<i>*en médecine, chirurgie et obstétrique</i>)	en MCO*	-
	hors MCO	-
Chambre particulière (<i>*en médecine, chirurgie et obstétrique</i>)	en MCO*	-
	hors MCO	-
Chirurgie oculaire (<i>glaucome, DMLA hors compléments alimentaires, cataracte</i>)		-
Forfait sur les actes lourds		-
Transports, Ambulances		65%
Appareillage		
Prothèses mammaires (<i>limité à 2 prothèses par an</i>)		100%
Prothèse capillaire (<i>limité à une prothèse par an</i>)		100%
Actes de prévention		
Détartrage (<i>une fois par an</i>)		70%
Dépistage des troubles de l'audition (<i>pour les personnes âgées de + de 50 ans, tous les 5 ans</i>)		70%
Les + LMP		
Ostéodensitométrie (<i>non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		-
Consultation Podologue - Pédicure (<i>non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		-
Médecines douces (<i>ostéopathie, chiropraxie, étioopathie, acupuncture, homéopathie, non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		-
Assistance santé et vie quotidienne		-
Commission de fonds de secours		-
Services digitaux (<i>application mobile, extranet personnalisé, paiement en ligne, newsletter</i>)		-
Réseau de soins Carte Blanche		-
Bulletin d'information trimestriel RECIPROQUE		-

Cotisations mensuelles par personne

0 - 18 ANS
19 - 39 ANS
40 - 59 ANS
60 - 69 ANS
70 - 79 ANS
80 ANS ET +

Formules Essentielle sécurité sociale + LMP	
Essentielle	Essentielle+
100%	100%
60%	60%
100%	100%
60%	60%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
Frais réels	Frais réels
-	-
100%	100%
100%	100%
100%	125%
500€ la 1 ^{ère} année	1000€ dès la 2 ^{ème} année
-	-
-	-
100%	100% + 100€ / an
100%	100% + 75€ / an
100%	100% + 50€ / an
100%	100% + 30€ / an
100%	100% + 200€ / an
100%	100%
100%	100%
Frais réels / 100jrs / an	Frais réels / 100jrs / an
-	-
-	-
-	-
-	-
Frais réels	Frais réels
100%	100%
100% + 50€ / an	100% + 100€ / an
100% + 50€ / an	100% + 100€ / an
100%	100%
100%	100%
20€ / an	20€ / an
-	-
20€ / 1 séance / an	30€ / 1 séance / an
Inclus	Inclus

18,00 €
23,70 €
36,50 €
51,10 €
64,40 €
78,80 €
23,00 €
28,50 €
49,80 €
59,80 €
77,30 €
94,80 €

Formules Equilibre sécurité sociale + LMP	
Equilibre	Equilibre+
100%	125%
60%	60%
100%	100%
60%	60%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	125%
Frais réels	Frais réels
-	100% + 150€ / an
100%	100%
100%	100%
150%	200%
1000€ la 1 ^{ère} année	1500€ la 1 ^{ère} année
2000€ dès la 2 ^{ème} année	3000€ dès la 2 ^{ème} année
120€ / an	150€ / an
200%	250%
100% + 150€ / an	100% + 200€ / an
100% + 100€ / an	100% + 125€ / an
100% + 80€ / an	100% + 110€ / an
100% + 50€ / an	100% + 70€ / an
100% + 300€ / an	100% + 400€ / an
100%	100%
100%	125%
Frais réels / 100jrs / an	Frais réels / 100jrs / an
Frais réels / 50jrs / an	Frais réels / 50jrs / an
50€ / 50jrs / an	60€ / 60jrs / an
-	-
100€ / an	150€ / an
Frais réels	Frais réels
100%	100%
100% + 150€ / an	100% + 200€ / an
100% + 150€ / an	100% + 200€ / an
100%	100%
100%	100%
20€ / an	20€ / an
30€ / an	30€ / an
30€ / 2 séances / an	30€ / 3 séances / an
Inclus	Inclus

29,80 €
35,40 €
56,90 €
69,60 €
94,60 €
110,60 €
34,60 €
48,40 €
67,80 €
82,80 €
111,10 €
126,70 €

Formules Confort sécurité sociale + LMP	
Confort	Confort+
150%	200%
60%	60%
100%	100%
60%	60%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
150%	200%
Frais réels	Frais réels
100% + 230€ / an	100% + 300€ / an
100%	100%
100%	100%
250%	300%
1750€ la 1 ^{ère} année	2000€ la 1 ^{ère} année
3500€ dès la 2 ^{ème} année	4000€ dès la 2 ^{ème} année
180€ / an	210€ / an
300%	350%
100% + 250€ / an	100% + 350€ / an
100% + 150€ / an	100% + 175€ / an
100% + 140€ / an	100% + 170€ / an
100% + 90€ / an	100% + 110€ / an
100% + 500€ / an	100% + 600€ / an
100%	100%
150%	200%
Frais réels / illimité / an	Frais réels / illimité / an
Frais réels / 50jrs / an	Frais réels / 50jrs / an
70€ / 70jrs / an	80€ / 80jrs / an
50€ / 50jrs / an	60€ / 60jrs / an
200€ / an	250€ / an
Frais réels	Frais réels
100%	100%
100% + 250€ / an	100% + 300€ / an
100% + 250€ / an	100% + 300€ / an
100%	100%
100%	100%
20€ / an	20€ / an
60€ / an	60€ / an
30€ / 4 séances / an	40€ / 4 séances / an
Inclus	Inclus

48,50 €
74,10 €
106,30 €
123,60 €
149,60 €
176,00 €
65,50 €
99,20 €
128,60 €
146,00 €
170,70 €
199,10 €

Nous sommes là !

Accueil et renseignements



MUTUELLE LMP

Agence de Versailles
11 rue Albert Sarraut,
78000 VERSAILLES

Agence de Vincennes
11 rue de la Paix,
94300 VINCENNES



Service clientèle
01 39 24 60 00



[mutuellelmp.fr](https://www.mutuellelmp.fr)
accueil@mutuellelmp.fr

