

STATUTS

TITRE 1 - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE	6
Article 1 ^{er} - Dénomination de la Mutuelle	6
Article 2 - Siège de la Mutuelle	6
Article 3 - Objet de la Mutuelle	6
Article 4 - Règlement mutualiste.....	6
Article 5 - Règlement intérieur.....	6
Article 6 - Respect de l'objet des Mutuelles	7
Article 7 - Informatique et libertés, protection des données à caractère personnel	7
CHAPITRE 2 - CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION	7
SECTION 1 - ADHESION	7
Article 8 - Catégories de membres	7
Article 9 - Adhésion individuelle.....	7
Article 10 - Adhésion dans le cadre de contrats collectifs	7
SECTION 2 - DEMISSION, RADIATION ET EXCLUSION	8
Article 11 - Démission.....	8
Article 12 - Radiation	8
Article 13 - Exclusion	8
Article 14 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion	8

TITRE 2 - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} - ASSEMBLEE GENERALE	8
SECTION 1 - COMPOSITION, ELECTIONS	8
Article 15 - Composition de l'Assemblée Générale	8
Article 16 - Sections de vote	8
Article 17 - Elections des délégués	8
Article 18 - Nombre de voix par délégué	9
Article 19 - Modalités de dépôt des candidatures des délégués.....	9
Article 20 - Dépouillement	9
Article 21 - Empêchement	9
Article 22 - Vacance	9
SECTION 2 - REUNIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE	9
Article 23 - Convocation de l'Assemblée Générale.....	9
Article 24 - Modalités de convocation de l'Assemblée Générale	9
Article 25 - Ordre du jour.....	9
Article 26 - Compétences et attributions de l'Assemblée Générale	10
Article 27 - Modalités de vote à l'Assemblée Générale.....	10
Article 28 - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale	11
Article 29 - Délégation de pouvoir de l'Assemblée Générale	11
CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION	11
SECTION 1 - COMPOSITION, ELECTIONS	11
Article 30 - Composition	11
Article 31 - Conditions d'éligibilité - limite d'âge.....	11
Article 32 - Modalités de dépôt des candidatures.....	11
Article 33 - Mode de scrutin	11
Article 34 - Durée du mandat	11
Article 35 - Renouvellement du Conseil d'Administration	12
Article 36 - Vacance - cooptation.....	12
SECTION 2 - REUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	12
Article 37 - Réunions	12
Article 38 - Représentation des salariés au Conseil d'Administration	12

Article 39	- Délibération du Conseil d'Administration	12
Article 40	- Démission d'office	13
SECTION 3 - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION		13
Article 41	- Compétences du Conseil d'Administration	13
Article 42	- Délégations d'attributions par le Conseil d'Administration	13
SECTION 4 - STATUT DES ADMINISTRATEURS		13
Article 43	- Indemnités versées aux administrateurs	13
Article 44	- Remboursement des frais aux administrateurs	13
Article 45	- Situation et comportements interdits aux administrateurs	13
Article 46	- Obligations des administrateurs	14
Article 47	- Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du Conseil d'Administration	14
Article 48	- Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information	14
Article 49	- Conventions interdites	14
Article 50	- Responsabilité	14
CHAPITRE 3 - PRESIDENT ET BUREAU		15
SECTION 1 - ELECTION ET MISSIONS DU PRESIDENT		15
Article 51	- Election et révocation	15
Article 52	- Vacance	15
Article 53	- Missions	15
SECTION 2 - ELECTION, COMPOSITION DU BUREAU		15
Article 54	- Election	15
Article 55	- Composition	15
Article 56	- Réunions et délibérations	15
Article 57	- Les Vice-présidents	16
Article 58	- Le Secrétaire Général	16
Article 59	- Le Secrétaire Général Adjoint	16
Article 60	- Le Trésorier Général	16
Article 61	- Le Trésorier Général Adjoint	16
CHAPITRE 4 - ORGANISATION DES SECTIONS DE LA MUTUELLE		16
SECTION 1 - SECTIONS LOCALES ADMINISTRATIVES		16
Article 62	- Création	16
Article 63	- Administration	16
Article 64	- Modalités de fonctionnement	16
SECTION 2 - SECTIONS DE MUTUELLES A CARACTERE PROFESSIONNEL OU INTERPROFESSIONNEL		16
Article 65	- Composition des sections	16
Article 66	- Commission de gestion	16
CHAPITRE 5 - ORGANISATION FINANCIERE		17
Article 67	- Modalités de fonctionnement	17
SECTION 1 - PRODUITS ET CHARGES		17
Article 68	- Produits	17
Article 69	- Charges	17
Article 70	- Apports et transferts financiers	17
SECTION 2 - MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DE FONDS, REGLES DE SECURITE FINANCIERE		17
Article 71	- Modalités de réassurance auprès d'entreprises non régies par le Code de la Mutualité	17
Article 72	- Placements et retraits de fonds	17
SECTION 3 - COMMISSAIRES AUX COMPTES		17
Article 73	- Commissaires aux comptes	17
SECTION 4 - COMITE D'AUDIT		18
Article 74	- Mise en place du Comité d'Audit	18
Article 75	- Mission du Comité d'Audit	18
SECTION 5 - FONDS D'ETABLISSEMENT		18
Article 76	- Montant du fonds d'établissement	18
TITRE 3 - INFORMATION DES ADHERENTS		18
Article 77	- Etendue de l'information	18
TITRE 4 - DISPOSITIONS DIVERSES		18
Article 78	- Dissolution volontaire et liquidation	18

REGLEMENT INTERIEUR

TITRE 1 - OBJET DU PRESENT REGLEMENT

Article 1 ^{er}	- Objet.....	20
Article 2	- Date d'effet.....	20

TITRE 2 - ASSEMBLEE GENERALE

CHAPITRE 1^{er} - COMPOSITION DE L'ASSEMBLEE GENERALE..... 20

Article 3	- Détermination du nombre de délégués (titulaires et suppléants)	20
Article 4	- Durée du mandat du délégué.....	20
Article 5	- Perte de la qualité de délégué	20
Article 6	- Auditeur	20
Article 7	- Membres du Conseil d'Administration	20

CHAPITRE 2 - ELECTIONS DES DELEGUES..... 21

Article 8	- Date de l'élection des délégués titulaires et suppléants	21
Article 9	- Modalités de vote.....	21
Article 10	- Empêchement	21

CHAPITRE 3 - CONVOCACTION A L'ASSEMBLEE GENERALE..... 21

Article 11	- Frais de déplacement	21
------------	------------------------------	----

TITRE 3 - PRESIDENT ET BUREAU

CHAPITRE 1^{er} - PRESIDENT ET BUREAU..... 21

Article 12	- Election des Membres du Bureau	21
Article 13	- Dépôt des candidatures	21
Article 14	- Convocation.....	21

TITRE 4 - COMITE D'AUDIT

CHAPITRE 1^{er} - COMITE D'AUDIT..... 22

Article 15	- Composition du Comité d'Audit	22
------------	---------------------------------------	----

TITRE 5 - ORGANISATION DES SECTIONS DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} - COMITE DE DEVELOPPEMENT..... 22

Article 16	- Formation et objet du Comité de Développement.....	22
Article 17	- Attributions	22
Article 18	- Composition	22
Article 19	- Organisation	23

CHAPITRE 2 - DISPOSITIONS DIVERSES..... 23

Article 20	- Désignation des délégués aux réunions statutaires de différents organismes	23
------------	--	----

REGLEMENT MUTUALISTE

PREAMBULE..... 24

CHAPITRE 1^{er} - L'ADHESION A LA MUTUELLE403..... 24

SECTION 1 - OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS..... 24

Article 1 ^{er}	- L'adhésion.....	24
-------------------------	-------------------	----

SECTION 2 - LES BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS..... 24

Article 2	- Bénéficiaires des prestations	24
Article 3	- Les catégories de bénéficiaires	24
Article 4	- Justificatifs et mise à jour de situations	25

CHAPITRE 2 - OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE 403..... 25

SECTION 1 - DES ADHERENTS INDIVIDUELS..... 25

Article 5	- Droit d'admission	25
Article 6	- Exonération du droit d'admission	26
Article 7	- Stage.....	26
Article 8	- Cotisations - Dispositions générales.....	26
Article 9	- Cotisations des membres honoraires.....	26
Article 10	- Changement de garantie	26

Article 11	- Appel de cotisations	26
Article 12	- Fréquence et mode de règlement des cotisations.....	26
Article 13	- Exonération de cotisations	27
Article 14	- La carte d'adhérent	27
Article 15	- Prestations indues	27
Article 16	- Du droit à prestations.....	27
Article 17	- Non-paiement des cotisations	27
Article 18	- Remboursement des cotisations.....	27
SECTION 2 - ADHERENTS BENEFICIAIRES DE CONTRATS COLLECTIFS A CARACTERE OBLIGATOIRE OU FACULTATIF		28
CHAPITRE 3 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS.....		28
SECTION 1 - PRESTATIONS - DISPOSITIONS GENERALES.....		28
Article 19	- Détermination des prestations	28
Article 20	- Tarif de responsabilité de la MUTUELLE 403	28
Article 20.1	- Limite des remboursements	28
Article 21	- Fixation des prestations	28
SECTION 2 - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS.....		29
Article 22	- Versement des prestations	29
Article 23	- Droit aux prestations pour le nouveau-né ou l'enfant adopté.....	29
Article 24	- Libre choix	29
SECTION 3 - MODE DE PAIEMENT DES PRESTATIONS - FORCLUSION		29
Article 25	- Modalités de paiement des prestations	29
Article 26	- Mode de paiement.....	29
Article 27	- Remboursement complémentaire à un autre organisme complémentaire.....	29
Article 28	- Prescription	29
SECTION 4 - PRESTATIONS GARANTIES.....		30
Article 29	- Hospitalisation médicale	30
Article 30	- Hospitalisation chirurgicale.....	30
Article 31	- Forfait Journalier Hospitalier.....	30
Article 32	- Chambre particulière pour hospitalisations médicale, chirurgicale et obstétrique	31
Article 33	- Frais d'accompagnant	31
Article 34	- Frais médicaux.....	31
Article 35	- Frais médicaux avec dépassement.....	31
Article 35.1	- Franchise de 18 €.....	32
Article 36	- Maternité.....	32
Article 37	- Cure thermale.....	32
Article 38	- Allocation aux frais d'obsèques.....	32
SECTION 5 - PRESTATIONS NON GARANTIES		32
Article 39	- Exclusions	32
SECTION 6 - SUBROGATION		32
Article 40	- Subrogation	32
Article 41	- Accidents	33
CHAPITRE 4 - RESILIATION/RADIATION DU CONTRAT		33
Article 42	- Résiliation	33
Article 43	- Radiation.....	34
Article 44	- Droit de rétractation en cas de démarchage	34
Article 45	- Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance	34
Article 46	- Changement de situation	34
CHAPITRE 5 - RECLAMATION ET MEDIATION		34
Article 47	- La notion de réclamation	34
Article 48	- Service compétent.....	35
Article 49	- Médiation	35
CHAPITRE 6 - DISPOSITIONS DIVERSES		35
Article 50	- Délai de conservation des archives	35
Article 51	- Accès aux Œuvres et Services mutualistes.....	35
Article 52	- Informatique et libertés - Protection des données à caractère personnel.....	35
Article 53	- Organisme de contrôle.....	35
CHAPITRE 7 - ACTION SOCIALE.....		36
Article 54	- Commission d'Action Sociale	36

Article 55	- Secours exceptionnels	36
Article 56	- Aides Ménagères	36
Article 57	- Prévention	36
CHAPITRE 8 - CONVENTIONS ET CONTRATS D'ASSURANCES CONCLUS POUR DES GARANTIES SPECIFIQUES		36
Article 58	- Garantie assistance à domicile	37
Article 59	- Garanties Prévoyance, Vie, Décès, Perte d'emploi, Caution, Retraite, Epargne, Assistance	37
ANNEXES		38

STATUTS

TITRE 1 FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1^{ER} - DENOMINATION DE LA MUTUELLE

Il est constitué une Mutuelle dénommée MUTUELLE 403, qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le Code de la Mutualité, soumise aux dispositions du Livre II de ce même code et inscrite sous le numéro SIREN 781166210.

ARTICLE 2 - SIEGE DE LA MUTUELLE

Le siège de la Mutuelle est situé au 16 rue René Goscinny à Angoulême - Charente.

ARTICLE 3 - OBJET DE LA MUTUELLE

La Mutuelle a pour objet de mettre en œuvre des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide à caractère sanitaire et social dans les conditions définies par les statuts, afin de contribuer au développement physique, intellectuel, moral et culturel ainsi qu'à l'amélioration des conditions de vie, l'encouragement de la maternité, la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées dépendantes ou handicapées.

A ce titre, la Mutuelle se propose de fournir à ses adhérents et à leurs ayants droit les prestations d'assurance relevant des branches d'activités suivantes :

- Branche 1 : Accidents,
- Branche 2 : Maladie / Maternité,
- Branche 20 : Décès,

et d'accepter en risque par voie de contrat de substitution, de contrat groupe ou de réassurance, lesdites opérations.

La Mutuelle peut passer des conventions de partenariat avec d'autres Mutuelles et Unions ou tout autre organisme pour proposer des services complémentaires à ses adhérents.

Elle peut contracter des engagements techniques en coassurance avec d'autres mutuelles ou unions de mutuelles régies par le Code de la Mutualité, tant en qualité d'apériteur que de coparticipant.

Elle peut adhérer à des unions de groupes mutualistes ou à une union mutualiste de groupes.

La Mutuelle peut également agir comme intermédiaire mutualiste dans le cadre de conventions passées selon les dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut se réassurer auprès d'entreprises non régies par le Code de la Mutualité.

Elle peut :

- Présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurances,
- Recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

ARTICLE 4 - REGLEMENT MUTUALISTE

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, le règlement mutualiste, adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, définit le contenu et la durée des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

ARTICLE 5 - REGLEMENT INTERIEUR

Un règlement intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlement mutualiste.

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

ARTICLE 6 - RESPECT DE L'OBJET DES MUTUELLES

Les instances dirigeantes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la Mutualité tels que les définit l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 7 - INFORMATIQUE ET LIBERTES, PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

En application de la législation en vigueur, le membre participant et toute personne dont les données sont conservées par la Mutuelle disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement des données, d'un droit à la portabilité, d'un droit d'opposition aux traitements ainsi que du droit de définir les directives sur leur sort après leur décès.

Pour exercer ces droits, ils doivent s'adresser au délégué à la protection des données de la Mutuelle 403.

CHAPITRE 2 CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 - ADHESION

ARTICLE 8 - CATEGORIES DE MEMBRES

La Mutuelle se compose d'adhérents (membres participants et membres honoraires) de toute catégorie sociale ou professionnelle, relevant d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie français.

Les membres participants, souscripteurs d'un ou plusieurs contrats, sont des personnes physiques qui bénéficient des prestations de la Mutuelle et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

A leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle et sous réserve d'une souscription à titre individuel, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

Est considéré comme ayant droit d'un membre participant :

- le conjoint, concubin, partenaire lié au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à charge ou non au sens de la sécurité sociale, qu'il exerce ou non une activité professionnelle. Par concubinage, on entend « l'union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple »,
- les enfants du membre participant, et/ou de son conjoint, à charge au sens de la sécurité sociale et ceux apprentis, salariés ou étudiants au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 18^{ème} anniversaire,
- les enfants du membre participant de plus de 18 ans et de moins de 26 ans, n'ayant pas de foyer propre et vivant en permanence au foyer du membre participant,
- les ascendants à charge vivant sous son toit.

Les membres honoraires sont des personnes physiques ou morales qui versent des cotisations, des contributions ou font des dons à la Mutuelle sans bénéficier des prestations définies dans le règlement mutualiste ou dans un contrat collectif souscrit par une personne morale.

ARTICLE 9 - ADHESION INDIVIDUELLE

Acquièrent la qualité d'adhérent à la Mutuelle, les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 8 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

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

ARTICLE 10 - ADHESION DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS

1°- Opérations collectives facultatives :

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion laquelle emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste, des droits et obligations définis au contrat écrit éventuellement conclu entre un employeur ou les salariés d'une entreprise, une personne morale ou des membres de celle-ci, et la Mutuelle.

2°- Opérations collectives obligatoires :

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'affiliation ou d'un contrat écrit souscrit par un employeur ou une personne morale, et la Mutuelle, et ce en application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles. La signature du bulletin d'adhésion ou la conclusion du contrat emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

SECTION 2 - DEMISSION, RADIATION ET EXCLUSION

ARTICLE 11 - DEMISSION

La démission est l'acte écrit par lequel l'adhérent exprime sa renonciation à la totalité des prestations servies par la Mutuelle. Elle entraîne de plein droit la perte de sa qualité d'adhérent, dans les conditions précisées au règlement mutualiste.

ARTICLE 12 - RADIATION

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts et le règlement mutualiste subordonnent l'adhésion.

ARTICLE 13 - EXCLUSION

Peuvent être exclus, les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle.

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

ARTICLE 14 - CONSEQUENCES DE LA DEMISSION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraaires prévues au règlement mutualiste.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion.

TITRE 2 ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} ASSEMBLEE GENERALE

SECTION 1 - COMPOSITION, ELECTIONS

ARTICLE 15 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale de la Mutuelle est composée de délégués élus par les membres participants et honoraires de la Mutuelle à jour de leurs engagements.

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

ARTICLE 16 - SECTIONS DE VOTE

Conformément à l'article 15 des statuts, tous les membres participants et honoraires, quels que soient leur catégorie socioprofessionnelle et leur régime obligatoire d'assurance maladie, sont répartis en sections de vote :

- Section 1 : Section regroupant les membres participants et honoraires domiciliés dans tous les départements français, excepté les départements de Charente-Maritime et Haute-Vienne.
- Section 2 : Section regroupant les membres participants et honoraires domiciliés dans le département de la Charente-Maritime.
- Section 3 : Section regroupant les membres participants et honoraires domiciliés dans le département de la Haute-Vienne.

Chaque section élit un délégué pour 1 000 membres participants et honoraires.

Chaque membre participant et honoraire dispose d'une voix lors de l'élection des délégués.

ARTICLE 17 - ELECTIONS DES DELEGUES

Les membres participants et honoraires de chaque section élisent, parmi eux, le ou les délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Ces derniers doivent être à jour de leurs engagements. Les délégués sont élus pour six ans.

Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à un tour. Il peut être procédé à l'élection des délégués :

- soit en réunion locale de section,
- soit par correspondance,
- soit en réunion locale de section et par correspondance pour les membres empêchés, selon les modalités définies à l'article 10 du règlement intérieur.

STATUTS

Les candidats non élus, ayant obtenu dans la section le plus grand nombre de voix, constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues, et à égalité au plus jeune.

Chaque section élit un délégué par fraction de 1 000 membres participants et honoraires.

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

ARTICLE 18 - NOMBRE DE VOIX PAR DELEGUE

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

ARTICLE 19 - MODALITES DE DEPOT DES CANDIDATURES DES DELEGUES

L'appel à candidature des délégués titulaires et suppléants peut être réalisé par l'intermédiaire de la revue « 403 Le Magazine » adressée trimestriellement à chaque membre participant et honoraire de la Mutuelle.

Cet appel à candidature doit se faire, au plus tard, deux mois avant la date fixée pour l'élection. La date de fin de dépôt des candidatures est communiquée aux adhérents lors de chaque élection. Le candidat à l'élection de délégué doit être âgé de 18 ans révolus.

Tout candidat doit adresser sa candidature à la Mutuelle, par lettre recommandée avec accusé de réception (le cachet de la poste faisant foi), ou déposer celle-ci au siège de la Mutuelle contre récépissé établi, daté et signé par la Direction ou son représentant dûment habilité à cet effet.

Tout dépôt de candidature hors délai, ne sera pas pris en compte.

ARTICLE 20 - DEPOUILLEMENT

Le dépouillement des bulletins de vote est effectué par une Commission composée au minimum de trois membres participants et honoraires désignés par le Conseil d'Administration.

Les résultats des élections sont communiqués à chaque adhérent par l'intermédiaire de la revue trimestrielle « 403 Le Magazine ».

ARTICLE 21 - EMPECHEMENT

Le délégué titulaire empêché d'assister à l'Assemblée Générale, peut être remplacé dans ses fonctions par un délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance.

Il peut également s'y faire représenter par un autre délégué non administrateur de la Mutuelle, sans que le nombre de mandats réunis par un même délégué puisse excéder trois y compris sa voix.

ARTICLE 22 - VACANCE

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué titulaire, celui-ci est remplacé par un délégué suppléant, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues lors de l'élection, et à égalité, au plus jeune.

Le délégué suppléant achève le mandat du délégué titulaire qu'il remplace.

SECTION 2 - REUNIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE

ARTICLE 23 - CONVOCATION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale se réunit au minimum une fois par an, sur convocation du Président du Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- 1° - la majorité des Administrateurs composant le Conseil,
- 2° - les commissaires aux comptes,
- 3° - l'organisme officiel de contrôle des mutuelles mentionné à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- 4° - un Administrateur provisoire nommé par l'organisme officiel de contrôle des mutuelles mentionné à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- 5° - les liquidateurs.

ARTICLE 24 - MODALITES DE CONVOCATION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours francs au moins avant la date de la réunion.

Les documents à remettre aux adhérents sont réalisés dans les conditions déterminées par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

ARTICLE 25 - ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolutions dans les conditions déterminées par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

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

ARTICLE 26 - COMPETENCES ET ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration. Elle peut également révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle approuve ou rejette les nominations d'administrateurs faites à titre provisoire par le Conseil d'Administration conformément à l'article 36 des présents statuts.

L'Assemblée Générale prend, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- 1° - les modifications des statuts, du Règlement Intérieur et du Règlement Mutualiste,
- 2° - les activités exercées,
- 3° - l'existence et le montant des droits d'adhésion,
- 4° - le montant du fonds d'établissement,
- 5° - les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L.114-1 du Code de la Mutualité,
- 6° - l'adhésion à une Union ou à une Fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une Union ou d'une Fédération, la fusion avec une autre Mutuelle ou une Union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une Union,
- 7° - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- 8° - l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,
- 9° - le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- 10° - le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- 11° - les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- 12° - le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité,
- 13° - le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou Unions régies par les livres II et III du Code de la Mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code,
- 14° - le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du Code de la Mutualité,
- 15° - le rapport du Conseil d'Administration relatif aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la Mutualité,
- 16° - toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- 17° - l'allocation d'indemnités au Président et aux autres membres du Conseil d'Administration auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par le Code de la Mutualité.

L'Assemblée Générale décide :

- 1° - la nomination des commissaires aux comptes,
- 2° - la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- 3° - les délégations de pouvoir prévues à l'article 29 des présents statuts,
- 4° - les apports faits aux Mutuelles et aux Unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 27 - MODALITES DE VOTE A L'ASSEMBLEE GENERALE

1° - Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcée pour être adoptées. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, la délégation de pouvoir prévue à l'article 29 des présents statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une Mutuelle ou d'une Union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibèrera valablement si le nombre de ses délégués représente au moins le quart du total des délégués.

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

2° - Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées. Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au 1° ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibèrera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents.

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

ARTICLE 28 - FORCE EXECUTOIRE DES DECISIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres adhérents, sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la Mutualité.

Les modifications des montants des cotisations ainsi que des prestations et plus généralement les modifications des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents. Ces modifications peuvent être transmises par l'intermédiaire de la revue « 403 le Magazine » adressée trimestriellement à chaque adhérent.

ARTICLE 29 - DELEGATION DE POUVOIR DE L'ASSEMBLEE GENERALE

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

Cette délégation est valable un an.

CHAPITRE 2 CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 - COMPOSITION, ELECTIONS

ARTICLE 30- COMPOSITION

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de 15 membres au plus.

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

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

ARTICLE 31 - CONDITIONS D'ELIGIBILITE - LIMITE D'AGE

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

- être à jour de leurs cotisations,
- être âgés de 18 ans révolus,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité,
- posséder l'honorabilité, la compétence ainsi que l'expérience nécessaires à leur fonction.

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

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

ARTICLE 32 - MODALITES DE DEPOT DES CANDIDATURES

L'appel à candidature pour l'élection des administrateurs est publié dans la revue « 403 Le Magazine » adressée trimestriellement par voie postale à chaque membre participant et honoraire de la Mutuelle.

Les déclarations de candidatures aux fonctions d'Administrateur doivent être adressées à la Mutuelle, par pli recommandé avec accusé de réception (le cachet de la poste faisant foi), ou déposées au siège de la Mutuelle contre récépissé établi, daté et signé par la Direction ou son représentant dûment habilité à cet effet. Dans les deux cas, la déclaration de candidature doit être formulée 15 jours francs avant la date de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 33 - MODE DE SCRUTIN

Les Membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletin secret, au scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Nul n'est élu au premier tour du scrutin s'il n'a réuni la majorité absolue des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative. Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé.

ARTICLE 34 - DUREE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des Administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

STATUTS

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 31 des présents statuts,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.
- suite à une décision d'opposition de l'organisme officiel de contrôle des mutuelles prise en application des dispositions de l'article L.612-23-1 du Code Monétaire et Financier.

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

ARTICLE 35 - RENOUELEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu par tiers tous les deux ans. Les Membres sortants sont rééligibles.

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

ARTICLE 36 - VACANCE - COOPTATION

Dans le cas où le nombre d'administrateurs serait inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée est convoquée par le Président afin de procéder à l'élection de nouveaux administrateurs.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission, perte de la qualité de délégué ou d'adhérent d'un administrateur ou suite à une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'organisme officiel de contrôle des mutuelles en application de l'article L.612-23-1 du Code Monétaire et Financier mais ne remettant pas en cause le minimum légal du nombre d'administrateurs, il peut être pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale. Si ladite nomination faite par le Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

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

SECTION 2 - REUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 37 - REUNIONS

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président, et au moins quatre fois par an.

Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour de la réunion. La convocation doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration, dix jours francs au moins avant la date de réunion sauf en cas d'urgence.

Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration, ledit conseil délibère alors sur cette présence.

Le Directeur Général assiste à toutes les séances du Conseil d'Administration.

Conformément à l'article L.114-20 du Code de la Mutualité, les personnes qui participent aux réunions du Conseil d'Administration sont tenues à une obligation de confidentialité des débats et des informations communiquées.

ARTICLE 38- REPRESENTATION DES SALARIES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Deux représentants des salariés de la Mutuelle assistent, avec voix consultative, aux séances du Conseil d'Administration. Ils sont élus pour quatre ans, à bulletins secrets par le Comité d'Entreprise.

Deux suppléants sont élus dans les mêmes conditions que les représentants titulaires. Ces suppléants ne siègent qu'en l'absence de leurs titulaires.

En cas de décès, de démission ou d'absence pour toute autre cause du titulaire, ce dernier est remplacé par le suppléant. Les élections se déroulent au cours de la première séance qui suit le renouvellement du Comité d'Entreprise.

Les candidatures sont transmises au Président du Comité d'Entreprise, au plus tard, deux jours avant l'élection. Pour chacun des scrutins, il est procédé à un seul tour.

Le candidat qui obtient la majorité relative est élu. En cas d'égalité de voix, le candidat comptant le plus d'ancienneté en qualité de salarié de la Mutuelle est élu.

En l'absence de candidatures, il est dressé un procès-verbal de carence et une nouvelle élection a lieu selon la périodicité définie ci-dessus.

ARTICLE 39 - DELIBERATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante. Les administrateurs sont tenus à une obligation de discrétion s'opposant à la divulgation de renseignements confidentiels.

ARTICLE 40 - DEMISSION D'OFFICE

Lorsqu'un administrateur n'aura pas justifié de motifs réels de son absence à trois réunions consécutives du Conseil d'administration, ce dernier pourra proposer à la prochaine Assemblée Générale de procéder à la révocation dudit Administrateur conformément aux dispositions de l'article L.114-9 du Code de la Mutualité.

SECTION 3 - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**ARTICLE 41 - COMPETENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

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

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

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

Ainsi, et sans que cette énumération soit limitative, le Conseil d'Administration :

- nomme et révoque, sur proposition du Président du Conseil d'Administration, le dirigeant opérationnel, qui ne peut être un administrateur et qui est dénommé « Directeur Général ». Il fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

- approuve les politiques écrites de la Mutuelle qu'il réexamine une fois par an. Il veille à ce que ces politiques soient mises en œuvre.

- désigne les responsables des fonctions clés gestion des risques, conformité, audit interne et actuariat. Il entend chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés.

- à la clôture de chaque exercice, arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité.

- établit chaque année un rapport qu'il présente à l'Assemblée Générale dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et des opérations de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.166-3 du Code de la Mutualité.

- approuve le rapport actuariel tenu à disposition de l'organisme officiel de contrôle des mutuelles, et chaque année, avant transmission à la même autorité, les rapports prévus par la réglementation, en particulier, le rapport sur la solvabilité et la situation financière, le rapport régulier au contrôleur, le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité ainsi que le rapport sur le contrôle interne de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Les membres du Conseil d'Administration assurent collectivement le suivi de l'intégralité des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières.

ARTICLE 42 - DELEGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions, au(x) dirigeant(s) salarié(s) et aux salariés dans le cadre des textes législatifs et réglementaires.

SECTION 4 - STATUT DES ADMINISTRATEURS**ARTICLE 43 - INDEMNITES VERSEES AUX ADMINISTRATEURS**

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

Conformément à l'article R.114-6 du Code de la Mutualité, les administrateurs bénéficiant d'une indemnité présentent au Conseil d'Administration un compte-rendu annuel des activités qu'ils exercent et du temps passé au service de la Mutuelle. Ce compte-rendu est annexé au rapport de gestion qui est présenté à l'Assemblée Générale.

ARTICLE 44 - REMBOURSEMENT DES FRAIS AUX ADMINISTRATEURS

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la Mutualité.

ARTICLE 45 - SITUATION ET COMPORTEMENTS INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité. Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle, ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Les anciens membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle, qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout autre organisme appartenant au même groupe, dans des conditions contraires aux articles 47, 48 et 49 des présents statuts.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

ARTICLE 46 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la Loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et de confidentialité.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre Mutuelle, une Union ou une Fédération dans le respect de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Ils sont tenus de suivre les formations incluses au programme de formation mis en place par la Mutuelle afin de les doter de la compétence requise par la réglementation et l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

ARTICLE 47 - CONVENTIONS REGLEMENTEES SOUMISES A AUTORISATION PREALABLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sous réserve des dispositions de l'article 41 des présents statuts, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

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

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

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

ARTICLE 48 - CONVENTIONS COURANTES AUTORISEES SOUMISES A UNE OBLIGATION D'INFORMATION

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

ARTICLE 49 - CONVENTIONS INTERDITES

Il est interdit aux administrateurs de contracter sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

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

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

ARTICLE 50 - RESPONSABILITE

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

CHAPITRE 3 PRESIDENT ET BUREAU

SECTION 1 - ELECTION ET MISSIONS DU PRESIDENT

ARTICLE 51 - ELECTION ET REVOCATION

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Président en qualité de personne physique. Il peut à tout moment être révoqué par celui-ci.

Le Président du Conseil d'Administration est l'un des dirigeants effectifs au sens de l'ordonnance n° 2015-378 du 2 avril 2015 transposant la directive européenne dite « Solvabilité II ».

Le Président est élu pour une durée de 2 ans par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

Il est rééligible.

ARTICLE 52 - VACANCE

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de délégué, de membre participant ou honoraire du Président, ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'ACPR 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 qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-président comptant le plus d'ancienneté dans la fonction.

Le Président nouvellement élu termine le mandat de son prédécesseur.

ARTICLE 53 - MISSIONS

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

Il informe, le cas échéant, le Conseil d'Administration des procédures engagées en application des articles L.612-27 et L.612-34 du Code Monétaire et Financier.

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

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

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

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

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

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Directeur de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

SECTION 2 - ELECTION, COMPOSITION DU BUREAU

ARTICLE 54 - ELECTION

Les membres du Bureau sont élus pour deux ans par le Conseil d'Administration, en son sein, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

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

En cas de vacance, et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'Administration, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau, achève le mandat de celui qu'il remplace.

ARTICLE 55 - COMPOSITION

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- Le Président du Conseil d'Administration,
- 3 Vice-présidents,
- Un Secrétaire Général,
- Un Secrétaire Général Adjoint,
- Un Trésorier Général,
- Un Trésorier Général Adjoint.

ARTICLE 56 - REUNIONS ET DELIBERATIONS

Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon les dispositions prévues par le règlement intérieur.

ARTICLE 57 - LES VICE-PRESIDENTS

Le ou les Vice-présidents secondent le Président et le suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Le Conseil d'Administration définit l'ordre dans lequel la suppléance du Président est assurée.

ARTICLE 58 - LE SECRETAIRE GENERAL

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

Le Secrétaire Général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Directeur de la Mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 59 - LE SECRETAIRE GENERAL ADJOINT

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

ARTICLE 60 - LE TRESORIER GENERAL

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

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

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

Le Trésorier Général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnancement, notamment le chef du service comptable, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 61 - LE TRESORIER GENERAL ADJOINT

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

CHAPITRE 4 ORGANISATION DES SECTIONS DE LA MUTUELLE

SECTION 1 - SECTIONS LOCALES ADMINISTRATIVES

ARTICLE 62 - CREATION

Les membres de la Mutuelle sont groupés en sections locales. Celles-ci sont créées par décision du Conseil d'Administration.

ARTICLE 63 - ADMINISTRATION

Chaque section locale est administrée par un organe de gestion dénommé Comité de Développement, dont la composition est détaillée dans le règlement intérieur.

ARTICLE 64 - MODALITES DE FONCTIONNEMENT

Le règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement des sections locales administratives de la Mutuelle.

SECTION 2 - SECTIONS DE MUTUELLES A CARACTERE PROFESSIONNEL OU INTERPROFESSIONNEL

ARTICLE 65 - COMPOSITION DES SECTIONS

Les membres sont répartis en sections groupant chacune les membres participants et honoraires appartenant à une entreprise, à une branche d'activité ou à un secteur géographique déterminé.

Ces sections sont instituées par décision du Conseil d'Administration.

ARTICLE 66 - COMMISSION DE GESTION

Chaque section est administrée par une commission de gestion spéciale, à laquelle le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs.

Cette commission est composée de membres désignés par le Conseil d'Administration de la Mutuelle parmi les membres participants et honoraires dans les conditions prévues par le règlement intérieur.

Cette commission est présidée par le Président du Conseil d'Administration de la Mutuelle ou son délégué.

CHAPITRE 5

ORGANISATION FINANCIERE

ARTICLE 67 - MODALITES DE FONCTIONNEMENT

Les règles de fonctionnement de la section font l'objet d'un règlement interne établi par le Conseil d'Administration lorsque la section ne verse à ses membres aucune prestation propre et n'exige le versement d'aucune cotisation spécifique.

SECTION 1 - PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 68 - PRODUITS

Les produits de la Mutuelle comprennent principalement :

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

ARTICLE 69 - CHARGES

Les charges comprennent notamment :

- 1° - les diverses prestations servies aux membres participants,
- 2° - les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
- 3° - les versements faits aux unions et fédérations,
- 4° - la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- 5° - les cotisations versées au fonds de garantie,
- 6° - les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-5 du code de la Mutualité,
- 7° - plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

ARTICLE 70 - APPORTS ET TRANSFERTS FINANCIERS

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

SECTION 2 - MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DE FONDS, REGLES DE SECURITE FINANCIERE

ARTICLE 71 - MODALITES DE REASSURANCE AUPRES D'ENTREPRISES NON REGIES PAR LE CODE DE LA MUTUALITE

La décision de réassurer tout ou partie des risques couverts par la Mutuelle auprès d'une entreprise non régie par le Code de la Mutualité doit être prise par l'Assemblée Générale selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

ARTICLE 72 - PLACEMENTS ET RETRAITS DE FONDS

Les opérations de placements et de retraits des fonds sont effectuées dans le respect des conditions prévues par les articles L.212-1 et suivants du Code de la Mutualité.

SECTION 3 - COMMISSAIRES AUX COMPTES

ARTICLE 73 - COMMISSAIRES AUX COMPTES

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du Code du Commerce pour une durée de six ans.

Le Président convoque le commissaire aux comptes titulaire à toute Assemblée Générale. Le commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'Administration et présenté à l'Assemblée Générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'Administration,
- prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'Administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du Code de la Mutualité,
- établit et présente à l'Assemblée Générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité,

STATUTS

- fournit, à la demande de l'organisme officiel de contrôle des Mutuelles mentionné à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- signale sans délai, à l'organisme précité, tout fait et décision mentionnés à l'article L.612-44 du Code Monétaire et Financier dont il a eu connaissance,
- porte, à la connaissance du Conseil d'Administration et de l'organisme de contrôle, les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code du Commerce,
- signale, dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale, les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission,
- joint, à son rapport annuel, une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une Mutuelle ou d'une Union relevant du livre III du Code de la Mutualité.

SECTION 4 - COMITE D'AUDIT

ARTICLE 74 - MISE EN PLACE DU COMITE D'AUDIT

Conformément aux dispositions prévues par l'Ordonnance du 8 décembre 2008 n°2008-1278, il est mis en place, sous la responsabilité exclusive et collective du Conseil d'Administration, un Comité d'Audit dont la composition est reprise dans le Règlement Intérieur.

ARTICLE 75 - MISSION DU COMITE D'AUDIT

Le Comité d'Audit est chargé de la supervision des processus d'élaboration et de contrôle des informations comptables et financières, et du suivi des dispositifs de maîtrise des risques au sein de la MUTUELLE 403.

Le Comité d'Audit a notamment pour mission d'assurer le suivi :

- de l'efficacité des dispositifs de contrôle interne et de gestion des risques,
- du contrôle légal des comptes annuels et des comptes combinés par les commissaires aux comptes,
- de l'indépendance des commissaires aux comptes.

Il doit par ailleurs émettre une recommandation sur la désignation des commissaires aux comptes, rendre compte régulièrement au Conseil d'Administration de l'exercice de ses missions et l'informer sans délai de toute difficulté rencontrée.

SECTION 5 - FONDS D'ETABLISSEMENT

ARTICLE 76 - MONTANT DU FONDS D'ETABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est égal au montant légal en vigueur.

Il pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions déterminées par les présents statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

TITRE 3 INFORMATION DES ADHERENTS

ARTICLE 77 - ETENDUE DE L'INFORMATION

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur, et du règlement mutualiste. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance par l'envoi d'une information figurant dans le magazine de la Mutuelle « 403 le magazine ».

Il est également informé :

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

TITRE 4 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 78 - DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale.

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

STATUTS

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs et des membres de la commission de contrôle statutaire. L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve, pour la liquidation, les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs ; elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues par les présents statuts, à d'autres Mutuelles ou Unions ou au Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité ou au Fonds de Garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

REGLEMENT INTERIEUR

TITRE 1 OBJET DU PRESENT REGLEMENT

ARTICLE 1^{ER} - OBJET

Le présent règlement, élaboré conformément à l'article 5 des statuts de la MUTUELLE 403, a pour objet d'en préciser plus particulièrement les conditions d'application.

Les adhérents de la Mutuelle sont tenus de s'y conformer.

ARTICLE 2 - DATE D'EFFET

Le présent règlement intérieur est applicable dès son approbation par l'Assemblée Générale.

Il peut être modifié à tout moment par délibération du Conseil d'Administration, les modifications ainsi apportées sont applicables immédiatement et doivent être ratifiées par la plus proche Assemblée Générale.

TITRE 2 ASSEMBLEE GENERALE

CHAPITRE 1^{er} COMPOSITION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

ARTICLE 3 - DETERMINATION DU NOMBRE DE DELEGUES (TITULAIRES ET SUPPLEANTS)

Le nombre de délégués titulaires et suppléants est fixé en fonction du nombre de membres participants et honoraires de la Mutuelle inscrits au 31 janvier de l'année au cours de laquelle ont lieu les élections.

ARTICLE 4 - DUREE DU MANDAT DU DELEGUE

Conformément à l'article 17 des statuts de la Mutuelle, les délégués titulaires et suppléants sont élus pour une période de six ans. A l'expiration de leur mandat, ils peuvent se représenter pour un nouveau mandat.

ARTICLE 5 - PERTE DE LA QUALITE DE DELEGUE

La perte de la qualité de membre participant ou honoraire de la Mutuelle, pour quelque motif que ce soit, entraîne pour le délégué titulaire ou suppléant la fin immédiate de son mandat de délégué et de tous les mandats qui en découlent.

ARTICLE 6 - AUDITEUR

Les adhérents non délégués souhaitant assister à l'Assemblée Générale doivent en faire la demande.

La demande doit être notifiée à la Mutuelle, par lettre recommandée avec accusé de réception (le cachet de la poste faisant foi), ou déposée au siège de la Mutuelle contre récépissé établi, daté et signé par la Direction ou son représentant dûment habilité à cet effet. Dans les deux cas, la demande doit être formulée 15 jours francs avant la tenue de l'Assemblée Générale. Cette demande est soumise au Conseil d'Administration qui l'accepte ou non.

En cas d'accord par le Conseil d'Administration, l'adhérent concerné revêt la qualité d'auditeur sans prendre part aux décisions et votes soumis à l'Assemblée Générale.

Toute demande acceptée n'est valable que pour l'Assemblée Générale concernée.

ARTICLE 7 - MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les membres du Conseil d'Administration sont convoqués aux travaux de l'Assemblée Générale, qu'ils soient délégués titulaires ou suppléants.

Cette disposition est également valable pour les membres qui font partie des Comités de Développement de la Charente-Maritime et de la Haute-Vienne.

CHAPITRE 2 ELECTION DES DELEGUES

ARTICLE 8 - DATE DE L'ELECTION DES DELEGUES TITULAIRES ET SUPPLEANTS

La date de l'élection des délégués titulaires et suppléants est fixée au moins deux mois avant la date de l'Assemblée Générale de la Mutuelle à laquelle ils seront convoqués.

ARTICLE 9 - MODALITES DE VOTE

Le Conseil d'Administration arrête les modalités d'organisation de chaque élection qui sont communiquées aux adhérents lors de l'appel à candidature.

ARTICLE 10 - EMPECHEMENT

Le délégué titulaire, convoqué à l'Assemblée Générale, doit informer la Mutuelle de sa présence ou non à cette Assemblée Générale dans les 10 jours qui suivent la réception de la convocation.

En cas de non réponse du délégué titulaire, ce dernier est déclaré absent d'office. Il sera procédé à la convocation d'un délégué suppléant.

CHAPITRE 3 CONVOCATION A L'ASSEMBLEE GENERALE

ARTICLE 11 – FRAIS DE DEPLACEMENT

A tout délégué convoqué et présent à l'Assemblée Générale, la Mutuelle rembourse les frais de déplacement selon le barème fiscal en vigueur.

TITRE 3 PRESIDENT ET BUREAU

CHAPITRE 1^{er} PRESIDENT ET BUREAU

ARTICLE 12 - ELECTION DES MEMBRES DU BUREAU

Le Président et les Membres du Bureau sont élus à bulletin secret, au scrutin uninominal majoritaire à deux tours, pour deux ans, par le Conseil d'Administration en son sein, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

La durée de mandat du Président et des Membres du Bureau ne peut excéder celle de leur mandat d'Administrateur.

ARTICLE 13 - DEPOT DES CANDIDATURES

Les candidatures au poste de Président et de Membre du Bureau doivent être adressées à la Mutuelle, par pli recommandé avec accusé de réception (le cachet de la poste faisant foi), ou déposées au siège de la Mutuelle contre récépissé établi, daté et signé par la Direction ou son représentant dûment habilité à cet effet. Dans les deux cas, le dépôt de candidature doit être effectué au plus tard 5 jours francs avant la date de l'élection.

ARTICLE 14 - CONVOCATION

Il appartient au Président de convoquer le Bureau.

La convocation est envoyée aux Membres du Bureau, 10 jours francs au plus tard avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

TITRE 4 COMITE D'AUDIT

CHAPITRE 1^{er} COMITE D'AUDIT

ARTICLE 15 - COMPOSITION DU COMITÉ D'AUDIT

La composition du Comité d'Audit est fixée par le Conseil d'Administration qui en choisit les membres en son sein et en désigne son Président.

Un membre au moins du Comité doit présenter des compétences particulières en matières financière ou comptable et être indépendant au regard des critères précisés et rendus publics par le Conseil d'Administration. Cependant, le Comité d'Audit peut comprendre deux membres au plus qui ne font pas partie du Conseil d'Administration mais qui sont désignés par lui en raison de leurs compétences.

Les mandats des membres du Comité d'Audit prennent fin à l'issue de chaque renouvellement du Conseil d'Administration.

TITRE 5 ORGANISATION DES SECTIONS DE LA MUTUELLE

SECTIONS LOCALES ADMINISTRATIVES DE CHARENTE-MARITIME ET HAUTE-VIENNE

CHAPITRE 1^{er} COMITE DE DEVELOPPEMENT

ARTICLE 16 - FORMATION ET OBJET DU COMITE DE DEVELOPPEMENT

Dans le but de promouvoir et de développer l'action de la Mutuelle dans les départements de la Charente-Maritime et de la Haute-Vienne, il est créé un Comité de Développement dans chacun de ces deux départements.

Outre les dispositions du présent règlement, ces Comités de Développement évoluent dans le cadre des dispositions statutaires propres à la MUTUELLE 403.

ARTICLE 17 - ATTRIBUTIONS

Le Comité de Développement recense les besoins spécifiques de la population mutualiste du département concerné et transmet, par l'intermédiaire de son ou ses représentants au Conseil d'Administration, les propositions d'actions et les moyens à mettre en œuvre pour leur réalisation et rend compte de ses activités mutualistes.

Le Comité de Développement est chargé de l'application des orientations et décisions du Conseil d'Administration de la Mutuelle dans les formes adaptées aux nécessités particulières du département.

Il dispose, pour cela, de compétences propres fixées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

ARTICLE 18 - COMPOSITION

Le Comité de Développement est composé de 8 à 12 Membres.

Ses Membres sont obligatoirement choisis parmi les délégués de la Mutuelle.

Les Membres du Conseil d'Administration de la Mutuelle, rattachés à la section, sont Membres de droit du Comité de Développement de cette section.

Le Président du Conseil d'Administration est Membre de droit du Comité de Développement. Il peut se faire représenter et/ou assister par tout autre Membre du Conseil d'Administration.

Les Membres du Comité de Développement sont désignés pour six ans par le Conseil d'Administration de la Mutuelle. Ils sont renouvelables par tiers tous les deux ans.

Le Comité de Développement élit, en son sein, un Bureau comprenant :

- un Président,
- un Vice-président,
- un Secrétaire.

Le Président du Comité de Développement est obligatoirement choisi parmi les Membres du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Le Président et les Membres du Bureau sont élus tous les deux ans à bulletin secret et au scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

ARTICLE 19 - ORGANISATION

Le Comité de Développement se réunit chaque fois qu'il est convoqué par le Président du Comité de Développement, et au moins deux fois par an.

Il peut également se réunir à la demande du Président du Conseil d'Administration, ou à celle de la majorité de ses Membres. Les Membres du Comité de Développement ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

Le Comité de Développement ne peut délibérer valablement que si la moitié des Membres qui le composent assiste à la séance.

Les décisions sont prises à la majorité des voix.

Les Membres de la Direction administrative assistent à toutes les réunions avec voix consultative.

La Direction peut se faire représenter et/ou assister par tout autre membre du Personnel de la Mutuelle.

La Mutuelle rembourse, aux membres du Comité de Développement, les frais de déplacement liés aux réunions selon le barème fiscal en vigueur.

CHAPITRE 2 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 20 - DESIGNATION DES DELEGUES AUX REUNIONS STATUTAIRES DE DIFFERENTS ORGANISMES

Le Conseil d'Administration désigne, parmi les membres participants et honoraires, les délégués appelés à représenter la Mutuelle lors de toutes réunions statutaires des organismes auprès desquels la MUTUELLE 403 est adhérente.

Le nombre de ces délégués est déterminé conformément aux statuts des organismes concernés.

REGLEMENT MUTUALISTE

PREAMBULE

La MUTUELLE 403, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, en application des dispositions de l'article L.114-1 du présent Code et conformément à l'article 4 de ses statuts, a adopté en Assemblée Générale, réunie le 30 juin 2018, le présent règlement mutualiste qui définit les engagements réciproques entre la MUTUELLE 403 et ses membres relativement aux cotisations et prestations.

Le présent règlement ainsi que les garanties assurées directement par la MUTUELLE 403 peuvent être modifiés par l'Assemblée Générale conformément aux dispositions prévues par le Code de la Mutualité et les Statuts de la MUTUELLE 403.

Compte tenu de la date d'élaboration du présent règlement, tout nouveau texte législatif ou réglementaire s'appliquera de plein droit dès l'instant où il sera d'ordre public et sera intégré dans la version du règlement validée par la plus proche Assemblée Générale de la MUTUELLE 403.

CHAPITRE 1^{er}

L'ADHESION A LA MUTUELLE 403

SECTION 1 - OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS

ARTICLE 1^{ER} - L'ADHESION

L'adhésion est constatée par la signature du bulletin d'adhésion et prend effet dès lors que le membre participant n'a pas expressément renoncé à son adhésion dans le délai de réflexion préalable fixé par la législation en vigueur. En cas de renonciation, la MUTUELLE 403 restitue sous 30 jours les cotisations encaissées.

L'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion accompagné des pièces justificatives nécessaires. Le contrat mutualiste vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation dans les conditions définies au présent règlement et statuts.

SECTION 2 - LES BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

ARTICLE 2 - BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

Sont bénéficiaires des prestations servies par la MUTUELLE 403, les membres participants (et leurs ayants droit éventuels) ayant fait acte d'adhésion par la signature du bulletin d'adhésion.

L'adhésion peut être personnelle ou familiale, effectuée à titre individuel ou dans le cadre d'un groupe.

ARTICLE 3 - LES CATEGORIES DE BENEFICIAIRES

Les membres de la MUTUELLE 403 se répartissent en quatre catégories de bénéficiaires. Ces catégories sont les suivantes :

1^{re} - Catégorie des Assurés sociaux relevant du Régime Général d'Assurance Maladie ou d'un régime particulier :

Cette catégorie est ouverte aux ressortissants du Régime Général des salariés, des Régimes sociaux ou particuliers, et des Assurances sociales agricoles, aux ressortissants de l'Assurance Maladie des exploitants agricoles instituée par la loi n° 61-89 du 25 Janvier 1961.

Cette catégorie est divisée en 9 sous-catégories :

- bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale, du Régime Obligatoire des salariés agricoles et du Régime des exploitants agricoles,
- bénéficiaires de la Caisse de Prévoyance de la S.N.C.F.,
- bénéficiaires de l'article 115 des pensions militaires ou bénéficiaires de la garantie intégrale par la Sécurité Sociale,
- bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur pour toutes affections auprès d'un Régime Obligatoire des salariés au titre de l'invalidité,

- bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur pour l'affection invalidante auprès d'un Régime Obligatoire des salariés,
- bénéficiaires du Régime Obligatoire des salariés agricoles et de la Caisse de Prévoyance des Cadres d'Exploitations Agricoles,
- bénéficiaires du Régime Obligatoire de la Sécurité Sociale et de la Caisse de Prévoyance des Clercs et Notaires,
- bénéficiaires du Régime Minier,
- bénéficiaires du Régime local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle.

2°- Catégorie des Assurés sociaux relevant du Régime d'Assurance Maladie des Travailleurs non salariés :

Cette catégorie est ouverte aux ressortissants de l'Assurance Maladie Obligatoire des travailleurs non salariés des professions non agricoles instituée par le Titre 1^{er} du Livre VI du Code de la Sécurité Sociale.

Cette catégorie est divisée en 3 sous-catégories :

- bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire des travailleurs non salariés des professions non agricoles instituée par le Titre 1er du Livre VI du Code de la Sécurité Sociale,
- bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur pour l'affection invalidante auprès d'un régime obligatoire des travailleurs non salariés,
- bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur pour toutes affections auprès d'un Régime Obligatoire des salariés au titre de l'invalidité.

3°- Catégorie CMU Complémentaire :

Cette catégorie est ouverte aux ressortissants de la Couverture Maladie Universelle ayant désigné la MUTUELLE 403 comme gestionnaire CMU Complémentaire.

4°- Catégorie ACS :

Cette catégorie est ouverte aux adhérents bénéficiant de l'Aide à la Complémentaire Santé.

ARTICLE 4 - JUSTIFICATIFS ET MISE A JOUR DE SITUATIONS

Au moment de l'adhésion, l'adhérent certifie sincères et véritables les indications fournies. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration peut entraîner sa radiation.

Seul l'adhérent (souscripteur du contrat) et non l'ayant droit, a la faculté de modifier le contrat.

L'adhérent s'engage à fournir, à la MUTUELLE 403, l'attestation délivrée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie dont il dépend.

En cas de changement de caisse d'affiliation, chaque adhérent s'engage à prévenir la MUTUELLE 403 dans le mois qui suit ce changement. Il en découlera sa mutation dans une catégorie appropriée à son nouveau Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

De la même façon, l'adhérent s'engage à transmettre à la MUTUELLE 403 dans le même délai d'un mois de sa survenance toute modification intervenant dans sa situation, état civil, adresse, caisse d'affiliation, ...

CHAPITRE 2

OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE 403

SECTION 1 - DES ADHERENTS INDIVIDUELS

ARTICLE 5 - DROIT D'ADMISSION

Un droit d'admission, dans le cadre d'une adhésion faite à titre individuel ou familial, est perçu lors de l'inscription :

- de 0 à 40 ans : pas de droit d'entrée,
- de 41 à 45 ans : 25 €,
- de 46 à 50 ans : 50 €,
- de 51 à 55 ans : 80 €,
- de 56 à 60 ans : 110 €,
- de 61 à 65 ans : 140 €,
- plus de 65 ans : 155 €.

Ce droit d'admission est réclamé lors de l'adhésion en fonction de l'âge et /ou de la garantie choisie par le membre participant. Cette somme est versée intégralement avec la première cotisation.

Le montant de ce droit d'admission peut être modifié par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation reçue à cet effet par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 6 - EXONERATION DU DROIT D'ADMISSION

Toute modification de garantie ne donne pas lieu au paiement de droit d'admission.

ARTICLE 7 - STAGE

Les membres participants et leurs ayants droit tels que définis à l'article 2 ci-dessus ne bénéficient des avantages de la MUTUELLE 403 qu'après avoir payé la cotisation statutaire et accompli un stage fixé à :

- 3 mois : Prestations chirurgie (hors Ticket Modérateur - TM - pour les contrats responsables),
- 3 mois : Prestations maladie (hors TM pour les contrats responsables),
- 3 mois : Hospitalisation (hors TM pour les contrats responsables),
- 3 mois : Chambre Particulière,
- 3 mois : Forfait Journalier Hospitalier (hors contrats responsables),
- 3 mois : Soins dentaires (hors TM pour les contrats responsables),
- 6 mois : Prothèses dentaires (hors TM pour les contrats responsables),
- 6 mois : Optique, Orthopédie, Acoustique (hors TM pour les contrats responsables),
- 1 an : Maternité,
- 1 an : Cure.

En cas de changement de garantie, ces mêmes règles sont applicables pour toutes les prestations nouvelles ou supérieures.

ARTICLE 8 - COTISATIONS - DISPOSITIONS GENERALES

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle, pour eux-mêmes et leurs ayants droit, qui est affectée à la couverture des prestations garanties directement par la MUTUELLE 403.

Cette cotisation peut être revalorisée en cours d'année par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration sur délégation reçue à cet effet par l'Assemblée Générale.

Le paiement de cette cotisation peut être fractionné au semestre, au trimestre ou au mois. Toutefois le paiement trimestriel ou mensuel ne peut se faire que par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

Le fractionnement au semestre, au trimestre ou au mois ne constitue qu'une facilité de paiement accordée à l'adhérent, qui ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

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

A cette cotisation s'ajoute également la cotisation correspondant à l'abonnement à la revue trimestrielle « 403 Le Magazine ». Les cotisations restent dues pendant la maladie et sont éventuellement retenues sur les prestations versées.

ARTICLE 9 - COTISATIONS DES MEMBRES HONORAIRES

Tout membre honoraire paie une cotisation de 20 € par an.

ARTICLE 10 - CHANGEMENT DE GARANTIE

Le changement de garantie intervient au 1^{er} jour du trimestre civil qui suit celui où la demande a été reçue. Il est formalisé par la signature d'un avenant, les nouvelles garanties s'appliquant à tous les bénéficiaires inscrits sur le même dossier. Un nouvel avis d'appel de cotisations est édité pour tenir compte du prorata du montant des nouvelles cotisations.

Les changements de garantie, pour une garantie inférieure à celle dont bénéficie l'adhérent, ne sont autorisés qu'après 12 mois de cotisations dans la garantie précédente. Il ne peut être abrogé à cette disposition en cas de baisse de garantie que si l'adhérent établit que des circonstances particulières notamment économiques (baisse des revenus, chômage partiel ou total) lui imposent de procéder à cette modification.

ARTICLE 11 - APPEL DE COTISATIONS

Les cotisations sont appelées par un avis d'« appel de cotisations semestriel ou annuel » en fonction de la garantie souscrite et/ou du mode de paiement choisi, adressé directement à l'adhérent. La non-réception de l'avis d'appel par l'adhérent ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter la MUTUELLE 403.

Les cotisations dues par les adhérents inscrits à titre individuel varient en fonction de la garantie souscrite, de la catégorie à laquelle ils appartiennent et pour toutes les garanties, de l'âge de l'adhérent au moment de l'émission de l'appel de cotisations. La cotisation est déterminée par tranche d'âge. Le passage au tarif de la tranche d'âge supérieur en fonction de l'âge atteint, s'effectue au premier jour effectif du mois qui suit celui où l'adhérent atteint l'âge anniversaire limite pour l'application du tarif de la tranche d'âge qui lui est appliqué.

ARTICLE 12 - FREQUENCE ET MODE DE REGLEMENT DES COTISATIONS

La fréquence de règlement est conditionnée par le mode de règlement des cotisations :

1° - Fréquence annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle pour l'adhérent qui souhaite s'acquitter de ses cotisations par prélèvement automatique.

Pour ce mode de règlement, l'adhérent peut choisir la date du prélèvement soit le 5 ou le 15. Les dates de prélèvement et les montants prélevés sont portés à sa connaissance par le biais d'un échéancier.

2° - La fréquence de règlement est semestrielle ou annuelle lorsque l'adhérent choisit un autre mode de paiement (chèque, carte bancaire, espèces).

Dans ce cas, l'adhérent doit s'acquitter de ses cotisations avant le 1er jour de la période de garantie appelée.

ARTICLE 13 - EXONERATION DE COTISATIONS

Dans le cadre d'une adhésion familiale, il y a exonération de cotisations au-delà du deuxième enfant.

Sont considérés comme enfants, ceux non salariés ou en apprentissage n'ayant pas atteint leur 18^{ème} anniversaire.

ARTICLE 14 - LA CARTE D'ADHERENT

La carte d'adhérent est jointe à l'avis d'appel de cotisations.

Elle est validée au semestre ou à l'année en fonction du mode de règlement et/ou de la garantie souscrite, ou par dérogation à toute autre périodicité.

Cette carte atteste des droits de l'adhérent.

Cette carte est à conserver avec celle d'Assuré Social pour toutes démarches en cas d'hospitalisation.

Cette carte permet également, en fonction des accords conclus par la MUTUELLE 403 avec les Professionnels de Santé, et/ou si les Professionnels de Santé l'acceptent, de bénéficier de la dispense d'avance de frais appelée « Tiers Payant » auprès notamment des Pharmacies, Laboratoires d'Analyses Médicales, Cabinets de Radiologie et des Centres d'Optique, d'Acoustique et Dentaires.

Cette carte est strictement personnelle et ne peut être utilisée que si les cotisations de la période de couverture sont effectivement réglées.

Dans le cas d'un non-paiement, d'une radiation, d'un changement d'état civil, d'adresse, de situation familiale, de Régime Obligatoire, la carte d'adhérent doit être retournée à la MUTUELLE 403, pour annulation ou rectification.

ARTICLE 15 - PRESTATIONS INDUES

Au cas où l'adhérent aurait perçu indûment des prestations de la MUTUELLE 403 et pour quelque cause que ce soit, celui-ci s'engage à acquitter la dette dont il est personnellement redevable.

ARTICLE 16 - DU DROIT A PRESTATIONS

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations et/ou ne pas faire l'objet d'une suspension de garanties.

ARTICLE 17 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement de la cotisation ou du paiement de moins de la moitié de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, la MUTUELLE 403 adresse à l'adhérent une mise en demeure de payer.

Faute de paiement dans les trente jours qui suivent la mise en demeure, la MUTUELLE 403 suspend la garantie.

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

En cas de paiement dans le délai de trente jours, la garantie reprend tous ses effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour où ont été payées soit :

a) la cotisation arriérée,

b) en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

Dans ces 2 cas, les montants peuvent être majorés de frais de mise en demeure d'un montant de 10 € et éventuellement assortis de tous les frais de recouvrement liés au non-paiement des cotisations.

En cas de non-paiement dans le délai de trente jours, la MUTUELLE 403 peut résilier la garantie dix jours après l'expiration de ce délai. La cotisation annuelle restant due, la MUTUELLE 403 procédera au recouvrement de l'intégralité des cotisations majorées des frais de recouvrement par tout moyen à sa convenance.

ARTICLE 18 - REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

Les remboursements de cotisations peuvent éventuellement être effectués sur demande et après retour de la carte d'adhérent dans les cas suivants :

1° - Décès de l'adhérent : la radiation prend effet à la fin du mois où le décès est survenu. Les cotisations réglées au moment du décès et pour la période postérieure à celui-ci, seront remboursées au conjoint survivant ou à tout membre de la famille ayant acquitté les cotisations en lieu et place de l'adhérent décédé ou ayant acquitté les frais d'obsèques, ou à défaut aux héritiers (sur production d'un justificatif).

2° - En cas d'obligation faite à l'assuré de s'affilier au régime de prévoyance collective à caractère obligatoire mis en place dans l'entreprise qui l'emploie et sur justificatif de celle-ci. En tout état de cause, la démission ne pourra être enregistrée qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par la MUTUELLE 403 du justificatif (attestation délivrée par l'employeur) et sous réserve du retour de la carte d'adhérent.

3° - Attribution de la C.M.U. (suivant attestation fournie par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie d'appartenance). La radiation des bénéficiaires de la C.M.U. intervient à sa date d'attribution.

SECTION 2 - ADHERENTS BENEFICIAIRES DE CONTRATS COLLECTIFS A CARACTERE OBLIGATOIRE OU FACULTATIF

Outre les dispositions du présent règlement, les droits et obligations des groupes collectifs sont définis dans les contrats de garantie collective – soit à caractère obligatoire, soit à caractère facultatif – souscrits entre un groupe signataire, personne morale et la MUTUELLE 403.

Lesdits contrats annexés au présent règlement mutualiste sont ainsi composantes de celui-ci.

CHAPITRE 3

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

SECTION 1 - PRESTATIONS - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 19 - DETERMINATION DES PRESTATIONS

Les prestations proposées par la MUTUELLE 403 à ses adhérents sont déterminées par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation exprimée par l'Assemblée Générale.

Les modifications s'appliquent aux adhérents concernés dans les conditions et date d'effet fixées par l'instance statutaire habilitée.

Chaque adhérent a connaissance des modifications apportées.

Les modifications des montants des prestations et cotisations peuvent être communiquées aux adhérents par l'intermédiaire de la revue « 403 Le Magazine ».

Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie sont modifiés en cours d'année, la MUTUELLE 403 se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

ARTICLE 20 - TARIF DE RESPONSABILITE DE LA MUTUELLE 403

Les prestations sont réunies sous différentes garanties et conformément au tarif de responsabilité en une garantie proposée à l'adhérent qui s'engage au paiement de la cotisation correspondante selon les modalités exposées aux articles concernés ci-dessus.

La MUTUELLE 403 intervient en complément des remboursements des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie et dans la limite des tarifs de responsabilité de ces derniers.

Toutefois, dans le cadre de certaines garanties, la MUTUELLE 403 peut verser à l'adhérent des prestations supplémentaires au titre d'une participation aux frais non pris en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie et ce conformément à la garantie souscrite par l'adhérent.

La MUTUELLE 403 n'intervient pas dans le remboursement des soins médicalement non justifiés (honoraires, prescriptions, ...).

ARTICLE 20.1 - LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements des frais de santé ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

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 peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la MUTUELLE 403, ou un autre organisme assureur, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la MUTUELLE 403 seraient réduites à due concurrence.

L'adhérent devant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la MUTUELLE 403, sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

ARTICLE 21 - FIXATION DES PRESTATIONS

Les prestations accordées par la MUTUELLE 403 varient selon :

- la catégorie du bénéficiaire définie à l'article 3 du présent règlement, et les dispositions de son Régime Obligatoire d'Assurance Maladie,
- le risque,
- la garantie souscrite,
- les conditions de stage,

- l'âge du bénéficiaire.

Les prestations sont calculées sur la base du tarif conventionnel de l'Assurance Maladie.

SECTION 2 - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

ARTICLE 22 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations par la MUTUELLE 403 est subordonné :

- à la situation à jour des cotisations de l'adhérent,
- au paiement (selon les systèmes de télétransmission en place) de la part prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, à la production du décompte original établi par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, à la présentation de la note d'honoraires codifiant les soins dispensés ou de tout autre justificatif nécessaire au déclenchement du paiement de la prestation,
- à la prise en charge de la prestation par la garantie souscrite au jour de la réalisation de la prestation,
- à l'accomplissement des stages tels que définis par la garantie,
- au respect, par l'adhérent, de toutes les règles que la MUTUELLE 403 est en droit de prescrire.
- Toutes les prestations de l'ensemble des bénéficiaires d'un dossier sont allouées au membre participant ou, à titre individuel, à tout ayant droit de plus de seize ans qui en a fait la demande.

ARTICLE 23 - DROIT AUX PRESTATIONS POUR LE NOUVEAU-NE OU L'ENFANT ADOPTE

L'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté doit être enregistrée dans la même garantie que celle de ses parents. Le droit à la couverture immédiate des frais de santé lui est ouvert si l'inscription est enregistrée le mois de sa naissance ou son adoption. Passé ce délai, les stages statutaires sont appliqués.

ARTICLE 24 - LIBRE CHOIX

Le principe du libre choix du praticien et de l'établissement de soins est respecté. Les actes et soins donnent lieu à remboursement par la MUTUELLE 403, sous réserve :

- que les dispositions de l'article 16 soient remplies,
- que les médecins soient conventionnés et que les établissements de soins soient agréés par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.

SECTION 3 - MODE DE PAIEMENT DES PRESTATIONS - FORCLUSION

ARTICLE 25 - MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées par la MUTUELLE 403 dans la limite du tarif de responsabilité :

- soit directement aux adhérents,
- soit directement aux professionnels de santé et établissements de soins sur la base des conventions de tiers payant conclues à cet effet avec la MUTUELLE 403.

En dehors des dispenses d'avance de frais et conventions passées entre la MUTUELLE 403 et des professionnels de santé ou établissements de soins et des nouveaux systèmes de paiement conventionnellement acceptés par la MUTUELLE 403, l'adhérent règle directement aux professionnels de santé et établissements de soins les sommes qui leur sont dues.

ARTICLE 26 - MODE DE PAIEMENT

Les prestations sont payées par virement sur compte bancaire, postal ou autre.

L'information des remboursements effectués est communiquée à l'adhérent :

- Soit par l'édition et l'envoi d'un relevé de prestations effectué pour tout paiement dont le montant est supérieur ou égal à 14,00 €. Ce montant peut être modifié à tout moment par décision du Conseil d'Administration.
- Soit, à sa demande, par l'envoi d'un relevé de prestations par mail.

L'adhérent peut également consulter sur le site Internet de la MUTUELLE 403 les prestations qui lui ont été réglées.

ARTICLE 27 - REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE A UN AUTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

En cas de survenance d'un risque particulier ayant fait l'objet, dans le cadre d'une coassurance, d'une assurance spéciale de la MUTUELLE 403 auprès d'un autre Organisme, la MUTUELLE 403 n'intervient qu'à titre complémentaire de l'indemnité versée par ledit Organisme.

L'adhérent qui recevrait un remboursement pour des frais pris en charge et payés par la MUTUELLE 403 au titre de la même intervention est tenu d'en faire la déclaration dans les huit jours du reçu de la somme, et de reverser à la MUTUELLE 403 les frais dont elle a fait indûment l'avance.

ARTICLE 28 - PRESCRIPTION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de prescription, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la MUTUELLE 403 dans le délai de trois mois à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

SECTION 4 - PRESTATIONS GARANTIES

Toutes les prestations prises en charge dans le cadre de la couverture de toutes les garanties de la MUTUELLE 403, et plus particulièrement les montants des forfaits validés par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration, ne sont pas précisées dans le présent règlement mutualiste.

Le présent règlement mutualiste renvoie systématiquement à la notice d'information que la MUTUELLE 403 délivre préalablement à l'adhésion ou sur simple demande de l'adhérent afin qu'il soit tenu informé des prestations liées à la garantie souscrite.

ARTICLE 29 - HOSPITALISATION MEDICALE

La MUTUELLE 403 prend en charge sur la base du tarif accepté par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie le ticket modérateur dans la limite de 30 jours continus.

Les taux de prise en charge ne peuvent être supérieurs à 20 % du tarif de responsabilité des Caisses des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.

La MUTUELLE 403 prend également en charge sur la base du tarif accepté par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie les transports d'entrée, de sortie, le transport pour consultation de contrôle ainsi que le remboursement de cette dernière.

ARTICLE 30 - HOSPITALISATION CHIRURGICALE

La MUTUELLE 403 prend en charge :

- Les frais occasionnés par un acte chirurgical coté sur la base des valeurs lettres clés « K » « KC » et « ADC », avec ou sans hospitalisation.
- Les traitements de radiothérapie, curiethérapie et de chimiothérapie pour affections néoplasiques malignes, qu'ils soient ou non associés au traitement chirurgical pris en charge par elle.

Lorsqu'une intervention est prise en charge, la MUTUELLE 403 rembourse les frais énoncés ci-dessous :

1) Frais précédant l'intervention :

- Examens radiographiques ou radioscopiques effectués en vue d'une intervention chirurgicale et effectivement suivis d'opération dans un délai de trois mois,
- Analyses, examens de laboratoires, examens anatomopathologiques (y compris les prélèvements) strictement nécessaires à l'intervention et effectivement pratiqués dans le mois qui la précède,
- Examens endoscopiques pratiqués avant l'intervention,
- Consultation préopératoire donnée par le chirurgien et l'anesthésiste,
- Hospitalisation pour observation, à condition qu'elle soit motivée par l'indication d'une intervention chirurgicale (qui ne peut pas avoir lieu) ou qu'elle fasse suite à un traumatisme.

2) Frais relatifs à l'intervention :

- Honoraires : Honoraires du chirurgien, du médecin anesthésiste, du radiologue, suivant le coefficient des actes fixés par la nomenclature officielle des actes professionnels et éventuellement en fonction des conventions et accords passés par la MUTUELLE 403 avec le corps médical et les établissements de soins.
- Dépassements d'honoraires : La MUTUELLE 403 peut prendre en charge, dans la limite de la garantie souscrite par l'adhérent, les dépassements d'honoraires pour les praticiens qui bénéficient du droit permanent à dépassement ou sont conventionnés honoraires libres. Les suppléments entraînés par le régime particulier en hôpital sont pris en charge par la MUTUELLE 403 dans les mêmes conditions que les établissements privés.
- Frais d'hospitalisation : La MUTUELLE 403 prend en charge, sur la base du tarif accepté par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, le ticket modérateur dans la limite de 30 jours continus
- Frais de transport : La MUTUELLE 403 prend également en charge, sur la base du tarif accepté par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, les transports d'entrée et de sortie lors d'une intervention chirurgicale avec ou sans séjour.

Le séjour s'entend en chambre à deux lits.

3) Frais postérieurs à l'intervention :

La MUTUELLE 403 prend en charge la rééducation fonctionnelle strictement accordée après une intervention chirurgicale pendant un maximum de six mois après la date de l'intervention.

Elle prend également en charge les séjours en maisons de repos et de convalescence lorsqu'ils font suite, sans interruption, à une hospitalisation chirurgicale pendant une durée limitée à 30 jours, durée de l'hospitalisation chirurgicale incluse.

La MUTUELLE 403 prend également en charge les transports à l'occasion : d'un pansement après opération, d'une radio de contrôle sous plâtre, de l'ablation d'un matériel d'immobilisation et d'une consultation de contrôle.

ARTICLE 31 - FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

La MUTUELLE 403 prend en charge le forfait journalier hospitalier dans les limites (durée et montant) fixées par la garantie statutaire souscrite par l'adhérent.

Dans le cadre d'une convention signée avec les établissements hospitaliers du secteur public ou privé, une prise en charge peut être délivrée. Cette prise en charge vaut dispense d'avance de frais pour l'adhérent dans la limite de la durée indiquée sur ladite prise en charge.

Les établissements hospitaliers concernés seront alors remboursés de leurs frais sur présentation d'une facture récapitulative. Dans le cas d'une absence de convention ou de l'absence de délivrance de prise en charge par la MUTUELLE 403, l'adhérent est tenu de s'acquitter des frais engendrés par son hospitalisation. Ces dits frais lui seront remboursés par la MUTUELLE 403, si sa garantie couvre ses prestations et sur présentation d'une facture acquittée.

La prise en charge du forfait journalier hospitalier est exclue pour les séjours :

- en maisons d'enfants spécialisées et établissements climatiques pour enfants et adolescents,
- en centres pour handicapés enfants et adultes (IME, CAT, ...),
- en maisons de régime et de diététique,
- en centres de post-cure pour alcooliques et toxicomanes,
- en maisons ou services de repos et de convalescence ne faisant pas suite à une hospitalisation médicale ou chirurgicale (sauf pour les contrats responsables).

ARTICLE 32 - CHAMBRE PARTICULIERE POUR HOSPITALISATIONS MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRIQUE

La MUTUELLE 403 prend en charge le supplément « chambre particulière » dans les limites (durée et montant) fixées par la garantie statutaire souscrite par l'adhérent.

Le remboursement des frais relatifs à la « chambre particulière » est effectué soit à l'établissement dans le cas d'une délivrance de prise en charge, soit à l'adhérent sur présentation d'une facture acquittée.

La chambre particulière en ambulatoire est remboursée dans la limite d'un montant de 20 € par intervention sans hébergement.

La prise en charge de la chambre particulière est exclue pour les séjours en maisons d'enfants spécialisées et établissements climatiques pour enfants et adolescents, en centres pour handicapés enfants et adultes (IME, CAT, ...), en maisons de régime et de diététique, en centres de post-cure pour alcooliques et toxicomanes, et les séjours en maisons ou services de repos et de convalescence ne faisant pas suite à une hospitalisation médicale ou chirurgicale.

La MUTUELLE 403 n'intervient pas dans le remboursement des frais de « chambre particulière » selon la législation en vigueur dans les cas suivants :

1° - si l'admission du malade en chambre particulière est faite en dehors de sa volonté et de celle de sa famille (manque de place, ...).

2° - si l'isolement est imposé par la gravité de l'intervention ou par l'état du malade, s'il est demandé par le chirurgien, ou si cette admission fait suite à la survenance d'une maladie contagieuse au cours de l'hospitalisation.

ARTICLE 33 - FRAIS D'ACCOMPAGNANT

Pour toute hospitalisation d'un enfant, la MUTUELLE 403 peut verser une participation dans la limite des frais engagés, suivant la garantie statutaire souscrite par l'adhérent.

Cette participation est versée sur présentation d'une facture acquittée justifiant la dépense.

ARTICLE 34 - FRAIS MEDICAUX

La MUTUELLE 403 assure le remboursement total ou partiel du ticket modérateur calculé sur la base du tarif de responsabilité des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.

Le détail de ces remboursements figurant sur la notice d'information de la garantie remise à l'adhérent, porte sur les risques suivants :

- les honoraires médicaux,
- les frais pharmaceutiques, d'analyses médicales et de radiologie,
- les soins dentaires, de kinésithérapie et d'auxiliaires médicaux,
- les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'optique, l'acoustique pris en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie,
- les prestations de prévention prévues à l'article 1^{er} de l'arrêté du 8 juin 2006,
- les frais relatifs au transport (prise en charge du ticket modérateur pour tous les frais de transport, hors cure non hospitalisée, acceptés par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie).

ARTICLE 35 - FRAIS MEDICAUX AVEC DEPASSEMENT

La MUTUELLE 403 peut verser un complément aux frais médicaux mentionnés à l'article 34 selon la garantie souscrite par l'adhérent et dans la limite des frais réellement engagés à condition que lesdits frais résultent d'actes médicalement justifiés. Ce complément est exprimé en pourcentage du tarif de responsabilité des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie ou sous forme de forfait.

Le remboursement s'effectue soit au vu des décomptes télétransmis, soit sur présentation des décomptes originaux des Caisses de Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie. Dans les deux cas, l'adhérent devra transmettre les factures acquittées à la MUTUELLE 403.

ARTICLE 35.1 - FRANCHISE DE 18 €

La MUTUELLE 403 prend en charge la participation de l'assuré de 18 € appliquée en médecine de ville sur les factures d'honoraires, et à l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé ainsi que les soins externes.

Cette participation s'applique aux actes affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60, soit d'un tarif égal ou supérieur à 120 €.

ARTICLE 36 - MATERNITE

La naissance d'un enfant né viable dont la mère est adhérente à la MUTUELLE 403 et a accompli les stages statutaires, donne lieu au versement d'un forfait dont le montant est déterminé par la garantie souscrite par l'adhérente. Par extension, le même forfait est versé en cas d'adoption d'un enfant de moins de 16 ans.

En cas de naissance gémellaire ou plurigémellaire, il sera versé autant de forfaits que d'enfants nés viables.

Le versement de ce forfait est effectué sur présentation d'un bulletin de naissance ou d'un bulletin de décès portant la mention « né présentement sans vie » ou « mort-né », et en cas d'adoption, sur production d'un certificat d'adoption plénière.

ARTICLE 37 - CURE THERMALE

1° - Honoraires de surveillance, forfait thermal, frais d'hébergement, frais de transport : la MUTUELLE 403 peut rembourser le ticket modérateur de ces actes lors d'une cure thermale.

2° - Forfait cure : la MUTUELLE 403 peut verser un forfait pour les dépenses directement liées à une cure thermale (soins thermaux, frais d'hébergement, frais de transport) prise en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie selon la garantie souscrite par l'adhérent et dans la limite des frais réellement engagés.

ARTICLE 38 - ALLOCATION AUX FRAIS D'OBSÈQUES

L'allocation aux frais d'obsèques a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais d'obsèques à concurrence du montant fixé au tableau des garanties.

Pour le versement de cette prestation, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations au moment du décès.

Le remboursement des frais d'obsèques est attribué sur justificatif à toute personne ayant supporté ces frais dans la limite du forfait précisé au tableau de garanties et des frais réels engagés.

Lorsque le paiement des frais d'obsèques a été effectué par le défunt, la garantie du présent règlement est acquise aux ayants droit de l'assuré défunt sur présentation :

- du bulletin de décès,
- de la facture acquittée auprès d'un organisme de pompes funèbres,
- d'une promesse de porte-fort en cas de cohéritiers du même rang.

SECTION 5 - PRESTATIONS NON GARANTIES**ARTICLE 39 - EXCLUSIONS**

Sont exclus des remboursements accordés par la MUTUELLE 403 :

- La participation forfaitaire prévue au paragraphe 2 de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale,
- Les franchises médicales sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires,
- La majoration de participation mise à la charge des assurés par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant,
- Les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter,
- Les actes non pris en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, à l'exception toutefois des prothèses dentaires, de l'optique ou autres actes dans la limite des prestations définies pour chaque garantie,
- Tous frais pharmaceutiques dont le remboursement, par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, est inférieur à 15 %,
- Les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie.

SECTION 6 - SUBROGATION**ARTICLE 40 - SUBROGATION**

La MUTUELLE 403 est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la MUTUELLE 403 a exposées, à dû concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la MUTUELLE 403 n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

La MUTUELLE 403 est subrogée de plein droit à ses adhérents pour le règlement des prestations afférentes aux dossiers de ces derniers au regard des Organismes d'Assurance Maladie dont ils dépendent.

Dans le cas où la MUTUELLE 403 ne pourrait obtenir du régime d'obligation, le remboursement de sa part dans les frais engagés au motif que l'intéressé n'a pas ou n'a plus droit aux prestations, l'adhérent est tenu de rembourser à la MUTUELLE 403 le montant des sommes qu'elle aurait dû percevoir du régime légal.

ARTICLE 41 - ACCIDENTS

Pour les soins et les interventions consécutifs à un accident, non exclus, la garantie de la MUTUELLE 403 intervient selon les modalités suivantes :

a) Déclaration des accidents

L'adhérent doit, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, faire à la MUTUELLE 403 dans les 48 heures suivant l'accident, une déclaration sur l'honneur indiquant :

1° - les causes, le lieu et les circonstances dans lesquels l'accident s'est produit,

2° - le nom des témoins,

3° - éventuellement les noms et adresses du tiers responsable et de la Compagnie d'Assurances qui garantit la responsabilité de ce tiers,

4° - l'indication précise du Commissariat ou de la Brigade de Gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement des formalités habituelles à accomplir en cas d'intervention chirurgicale ordinaire.

b) Accident de droit commun

1° En cas d'opération consécutive à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la MUTUELLE 403 n'intervient dans la limite de son tarif de responsabilité qu'à défaut de couverture par police individuelle ou dans la mesure où cette police ne couvre pas les frais chirurgicaux garantis par elle.

2° En cas d'accident dont la responsabilité n'est pas contestée par le tiers responsable, la MUTUELLE 403 ne supportera aucun frais, mais elle peut toutefois, conformément à l'article 40 se subroger de plein droit au membre participant.

3° En cas de responsabilité contestée par le tiers, l'adhérent doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre du tiers ou de l'assureur substitué une action judiciaire civile ou pénale en vue de faire connaître son droit à réparation.

La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou à défaut, par une pièce délivrée par le greffier.

La MUTUELLE 403 accorde alors sa prise en charge mais par application des dispositions concernant la subrogation, elle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

c) Accident scolaire ou sportif

1° Si l'accident scolaire ou sportif est couvert par l'adhésion à une Mutuelle spécialisée soumise au Code de la Mutualité, la MUTUELLE 403 n'intervient que pour la part qui lui incombe conformément aux conventions passées entre la Mutualité Interprofessionnelle et la Mutuelle des Sportifs.

2° Si l'accident scolaire ou sportif est couvert par un contrat souscrit auprès d'une Compagnie d'Assurances privée ou d'une Société à forme Mutuelle régie par le décret loi du 14 Juin 1938, la MUTUELLE 403 n'intervient pas.

En conséquence, dans le cas où la MUTUELLE 403, en vertu d'une convention de tiers payant, serait amenée à régler pour le compte de son adhérent tout ou partie des frais médicaux et chirurgicaux, ce règlement fait à titre d'avance constituerait au profit de la MUTUELLE 403 une créance que l'adhérent serait tenu de rembourser.

En cas d'accident quel qu'il soit, l'adhérent doit informer la MUTUELLE 403 de toute instance engagée, pénale ou civile, ainsi que de ses intentions, et ce, sous peine de nullité.

De même, l'adhérent doit informer la MUTUELLE 403 de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la MUTUELLE 403 qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

CHAPITRE 4

RESILIATION/RADIATION DU CONTRAT

ARTICLE 42 - RESILIATION

La résiliation du contrat individuel du membre participant ne peut avoir lieu avant l'accomplissement d'une adhésion minimum de 12 mois.

La démission est donnée par écrit, par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année N pour prendre effet au 1^{er} janvier de l'année N+1. Passé ce délai, la démission ne prendra effet qu'au 31 décembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date.

ARTICLE 43 - RADIATION

a) Pour non paiement des cotisations :

La MUTUELLE 403 peut être amenée à procéder à la radiation du contrat pour non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article 17 du présent règlement. Lorsque la radiation est prononcée, l'adhérent doit se mettre à jour de la cotisation de l'année en cours et restituer sa carte de mutuelle.

b) Pour fausse déclaration :

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

- En cas de mauvaise foi, la nullité de la garantie (article L.221-14),

- Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, la réduction du montant des prestations garanties ou l'augmentation de la cotisation (article L.221-15).

L'adhérent radié cesse de percevoir les prestations dès la date de suspension des garanties.

Article 44 – DROIT DE RETRACTATION EN CAS DE DEMARCHAGE

En cas d'adhésion à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative par démarchage téléphonique ou hors établissement, le membre participant dispose d'un délai de rétractation de quatorze jours, à compter de la signature de son adhésion, il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre jointe au bulletin d'adhésion. Il doit en formuler la demande à la MUTUELLE 403 par lettre recommandée. Sur présentation de la preuve de son adhésion, après avoir retourné sa carte d'adhérent et à la condition impérative qu'aucune prestation n'ait été versée, le membre participant recevra par courrier le remboursement intégral de son versement. Ce remboursement interviendra dans un délai d'un mois à compter de la demande.

Article 45 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D'ADHESION A DISTANCE

Dans l'hypothèse où l'adhésion entre le membre participant et la Mutuelle a été conclue à distance et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, télécopie, courrier, Internet ...), dans les conditions prévues par l'article L.221-18 du code de la Mutualité. Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;

- soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre jointe au bulletin d'adhésion et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la MUTUELLE 403 – 16 rue René Goscinny - CS 20000 - 16013 ANGOULEME Cedex.

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du Règlement. Au-delà du délai de trente jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

ARTICLE 46 - CHANGEMENT DE SITUATION

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties 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.

Conformément à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

La résiliation est enregistrée le premier jour du mois suivant la réception par la MUTUELLE 403 des justificatifs de l'évènement, de la carte d'adhérent et de la cotisation restant due jusqu'à cette date.

CHAPITRE 5 RECLAMATION ET MEDIATION

ARTICLE 47 - LA NOTION DE RECLAMATION

La réclamation est l'expression écrite ou orale, formulée par un adhérent, quelle que soit la forme (courrier simple ou recommandé, mail, fax, appel téléphonique ou visite en agence), quel que soit l'objet (garanties ou services), d'un mécontentement fondé ou non. Une question technique, même complexe, ne constitue pas une réclamation.

Toute réclamation est traitée dans les plus brefs délais. Toutefois, le traitement de la réclamation dans son ensemble ne doit pas excéder deux mois.

ARTICLE 48 - SERVICE COMPETENT

Pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser au service relation clientèle - marketing de la MUTUELLE 403.

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou en cas de difficultés liées à l'application ou l'interprétation du règlement mutualiste, le membre participant peut demander l'avis du médiateur.

ARTICLE 49 - MEDIATION

Le médiateur peut être saisi par l'adhérent ou son ayant-droit, ou par la Mutuelle elle-même, après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations en vigueur au sein de la Mutuelle, soit :

- par courrier à l'attention de : Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française - (FNNF) - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15,
- par mail à l'adresse mediation@mutualite.fr,
- directement via le formulaire figurant sur le site Internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>. Le règlement de la médiation est disponible sur le site de la mutualité française.

CHAPITRE 6 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 50 - DELAI DE CONSERVATION DES ARCHIVES

Les bulletins d'adhésion, les avenants et les informations relatives aux affiliations sont conservés pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

En ce qui concerne les factures subrogatoires, celles-ci sont conservées pendant deux ans, les décomptes des Caisses des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie le sont pendant une durée de cinq ans.

Les informations figurant sur ces différents documents peuvent être conservées sur supports magnétiques dans les mêmes conditions.

ARTICLE 51 - ACCES AUX ŒUVRES ET SERVICES MUTUALISTES

Outre les avantages prévus par le présent règlement, les bénéficiaires peuvent recevoir des prestations servies par les Œuvres et Services des Unions auxquelles la MUTUELLE 403 est affiliée et ce dans les conditions fixées par les statuts et règlements fixés desdites Unions.

ARTICLE 52 - INFORMATIQUE ET LIBERTES - PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Conformément à son objet, la Mutuelle 403 met en œuvre des traitements de données à caractère personnel et dites sensibles pour assurer la gestion et l'exécution du contrat ainsi que pour la gestion commerciale. Ces données pourront être aussi utilisées dans le cadre des opérations de prospection, de contrôle, de lutte contre la fraude ou contre le blanchiment et le financement du terrorisme, l'exécution des dispositions légales et réglementaires et ce, en application du contrat.

Les données collectées sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

En application de la législation en vigueur, le membre participant et toute personne dont les données sont conservées par la mutuelle disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement des données, d'un droit à la portabilité, d'un droit d'opposition aux traitements ainsi que du droit de définir les directives sur leur sort après leur décès.

Pour exercer ces droits, ils doivent s'adresser au délégué à la protection des données de la Mutuelle 403 par courrier à l'adresse du siège social ou par mail à l'adresse dpo@mutuelle403.fr. L'exercice de ces droits est subordonné à la production d'un titre d'identité en cours de validité joint à la demande.

En cas de réclamation, ils disposent du droit de saisir la CNIL.

ARTICLE 53 - ORGANISME DE CONTROLE

La Mutuelle est soumise, selon les dispositions de l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, à la surveillance de l'organisme officiel du contrôle des Mutuelles.

CHAPITRE 7

ACTION SOCIALE

ARTICLE 54 - COMMISSION D'ACTION SOCIALE

Dans le domaine de l'Action Sociale, le Conseil d'Administration de la MUTUELLE 403 délègue ses pouvoirs à une « Commission d'Action Sociale » constituée de 3 membres nommés parmi les Membres du Conseil d'Administration lors de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale.

Cette Commission a notamment pour vocation d'accorder des secours exceptionnels mais elle peut également examiner et statuer sur les demandes formulées par les adhérents au sujet des décisions prises par la MUTUELLE 403 en matière de prestations ou de cotisations.

ARTICLE 55 - SECOURS EXCEPTIONNELS

Des secours ayant un caractère exceptionnel, peuvent être accordés par la Commission d'Action Sociale aux membres participants et à leur famille dès lors qu'ils se trouvent dans une situation de difficulté avérée et qu'ils ont expressément saisi la MUTUELLE 403.

Ces secours sont prélevés sur une somme spéciale déterminée chaque année par l'Assemblée Générale.

L'intervention éventuelle de la MUTUELLE 403, au titre de ces secours exceptionnels, ne peut avoir lieu qu'après épuisement de toutes les voies de recours offertes par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie ou tout autre organisme pouvant intervenir dans ce domaine et sous réserve du respect de la procédure définie ci-après.

La demande d'aide au titre des secours exceptionnels doit être transmise à la MUTUELLE 403 sous pli confidentiel accompagnée des documents suivants :

- lettre exposant les motifs de la demande,
- toute justification des dépenses engagées et restant à la charge de l'intéressé (décomptes, factures, etc.),
- déclaration de la situation en cours (charges, revenus familiaux, etc.),
- avis d'imposition ou de non-imposition,
- décision de tous les organismes accordant ou non une indemnisation partielle.

La participation éventuelle de la MUTUELLE 403 ne peut être versée qu'après paiement de toutes les aides accordées et dans la limite des frais réels engagés par l'adhérent.

ARTICLE 56 - AIDES MENAGERES

Pour les adhérents qui ne peuvent bénéficier de l'aide aux personnes âgées ou d'une aide familiale, la Commission d'Action Sociale de la MUTUELLE 403 peut accorder une aide dans le remboursement d'heures d'aides ménagères.

Quand elle est accordée, cette aide s'exerce dans la limite d'un maximum de 6 heures pendant les 10 jours ouvrés faisant suite à une hospitalisation prise en charge par la MUTUELLE 403.

Pour bénéficier de cette aide éventuelle, l'adhérent s'engage à fournir à la MUTUELLE 403 tous documents et/ou tous justificatifs nécessaires à sa demande.

Ces aides sont accordées sur un budget spécifique fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 57 - PREVENTION

Chaque année l'Assemblée Générale fixe le montant du budget affecté à des actions de prévention.

Notamment, dans le cadre des campagnes de vaccination antigrippale organisées par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, l'Assemblée Générale de la MUTUELLE 403 décide, chaque année, de la prise en charge ou non de tout ou partie du vaccin contre la grippe. Elle en détermine les catégories de bénéficiaires ainsi que le montant de la participation de la MUTUELLE 403.

Cette participation est versée à l'adhérent sur présentation d'une facture acquittée.

CHAPITRE 8

CONVENTIONS ET CONTRATS D'ASSURANCES CONCLUS POUR DES GARANTIES SPECIFIQUES

La MUTUELLE 403, en qualité d'intermédiaire mutualiste propose des garanties qu'elle n'assure pas directement mais qui peuvent être souscrites par les adhérents directement auprès d'elle en inclusion ou en option d'une garantie de la MUTUELLE 403.

ARTICLE 58 - GARANTIE ASSISTANCE A DOMICILE

La couverture garantie assistance à domicile est souscrite par la MUTUELLE 403 auprès de Garantie Assistance S.A. Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège Social 38, rue la Bruyère à PARIS, contrat souscrit par l'intermédiaire de la SARL de courtage COGEMUT 26 bis, Boulevard de Strasbourg - 94130 NOGENT SUR MARNE.

Les conditions d'application de celle-ci font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique qui est remise en même temps que la notice d'information de la garantie santé choisie.

Il peut être procédé à un changement du promoteur de la garantie assistance. Dans ce cas, l'adhérent sera informé par la notice de la garantie en résultant, ainsi que de la nouvelle dénomination de l'assisteur.

ARTICLE 59 - GARANTIES PREVOYANCE, VIE, DECES, PERTE D'EMPLOI, CAUTION, RETRAITE, EPARGNE, ASSISTANCE

La MUTUELLE 403 a conclu avec :

- l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (MUTEX Union) Siège social - 125 Avenue de Paris - 92327 CHATILLON CEDEX,
- l'Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle (U.N.M.I.) Siège social - 50 Avenue Daumesnil - 75012 PARIS,
- MUTLOG - 75 Quai de la Seine - 75019 PARIS,
- COGEMUT, 26 bis Boulevard de Strasbourg - 94130 NOGENT SUR MARNE,

des contrats d'assurance collective ou conventions permettant aux adhérents de la MUTUELLE 403 de souscrire les garanties suivantes : maintien de revenu, dépendance, retraite, perte d'emploi, vie, décès, assurance de prêts, épargne.....

Les conditions d'application de celles-ci font l'objet conformément aux dispositions légales, de documents contractuels et de notices d'information spécifiques, documents remis pour chaque demande d'information sur ces garanties.

ANNEXES

LES PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR UN REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS



Les originaux des décomptes de remboursement de la caisse d'assurance maladie doivent être transmis uniquement **si vous ne bénéficiez pas du système de télétransmission NOEMIE**.

Pour vérifier si la télétransmission fonctionne correctement sur votre dossier, il suffit de regarder les relevés de remboursement de votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire. Si la mention « transmis à la Mutuelle 403 » ou « à votre organisme complémentaire » apparaît sur vos relevés, la télétransmission fonctionne. Si aucune mention n'apparaît, vous ne bénéficiez pas de la télétransmission.

Si la **télétransmission est inactive**, vous devez transmettre les originaux de tous vos documents.

Si vous bénéficiez d'une première complémentaire santé, les originaux des décomptes de remboursement de cet organisme doivent être transmis, accompagnés des décomptes de la caisse d'assurance maladie.

HOSPITALISATION (Actes pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Chambre particulière	- <u>Hospitalisation en clinique</u> : original du bordereau AMC + facture détaillée acquittée
Forfait journalier	
Dépassements d'honoraires	- <u>Hospitalisation en hôpital</u> : avis de sommes à payer + attestation de paiement
Frais d'accompagnement	Facture détaillée acquittée + bulletin d'hospitalisation
Télévision	

SOINS COURANTS (Actes pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Consultations et visites	- <u>Si vous avez payé l'intégralité des honoraires</u> : Décompte original de la caisse d'assurance maladie en cas d'absence de télétransmission NOEMIE - <u>Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du régime obligatoire et réglé la part complémentaire et/ou les dépassements</u> : Facture originale détaillée acquittée (+ décompte original de la caisse d'assurance maladie en cas d'absence de télétransmission NOEMIE)
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux hors hospitalisation	
Radiographie	
Analyses médicales	
Auxiliaires médicaux	
Transport	
Pharmacie	
Appareillage	

CURE THERMALE (Actes pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Forfait thermal	Attestation de cure + facture détaillée acquittée de l'hébergement et /ou du transport (factures péage, essence, train...)
Frais d'hébergement et transport	

OPTIQUE (Actes pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Monture	- <u>Si vous avez payé l'intégralité de la facture</u> : Décompte original de la caisse d'assurance maladie en cas d'absence de télétransmission NOEMIE
Verres	- <u>Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du régime obligatoire et réglé la part complémentaire</u> : Facture originale détaillée acquittée (+ décompte de la caisse d'assurance maladie en cas d'absence de télétransmission NOEMIE)
Lentilles prises en charge par le régime obligatoire	Facture détaillée acquittée
Lentilles non prises en charge par le régime obligatoire	
Chirurgie réfractive	

SOINS NON CONVENTIONNELS (Actes pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Ostéopathe, étiope, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, psychologue,	Facture du praticien indiquant le bénéficiaire et la date des soins et mentionnant, selon l'acte concerné, la possession du diplôme d'Etat dans la spécialité afférente à l'acte pratiqué, l'affiliation à une association professionnelle reconnue ou le numéro ADELI (ARS)
Contraception, vaccins non remboursés par le régime obligatoire, sevrage tabagique...	Facture acquittée détaillée + copie de la prescription médicale

DENTAIRE (Actes pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Soins dentaires	- Si vous avez payé l'intégralité de la <u>facture</u> : décompte original de la caisse d'assurance maladie en cas d'absence de télétransmission NOEMIE + facture détaillée acquittée indiquant les numéros de dents soignées
Prothèses dentaires acceptées par le régime obligatoire	- Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du <u>régime obligatoire et réglé la part complémentaire</u> : Facture détaillée acquittée indiquant les numéros de dents soignées (+ décompte original de la caisse d'assurance maladie en cas d'absence de télétransmission NOEMIE)
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	
Particularité prothèses dentaires sur implants	Facture <u>des implants</u> correspondants indiquant les numéros de dents
Orthodontie refusée par le régime obligatoire	
Implants – Parodontologie - Prothèses dentaires refusées par le régime obligatoire	Facture détaillée acquittée précisant la date des soins et les numéros de dents soignées

La Mutuelle 403 peut vous demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie.