

Groupe France Mutuelle

Statuts Règlement Intérieur Règlement Mutualiste

Edition Juillet 2007

conforme aux dispositions du nouveau code de la Mutualité



- STATUTS -

TITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Chapitre 1 FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 : Dénomination et immatriculation

Il est constitué une Mutuelle dénommée Groupe France Mutuelle. Elle pourra également être désignée sous le sigle GFM. Elle est immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 784492084.

Article 2 : Forme

La Mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

Dans tous les actes et documents de la Mutuelle et, notamment, ses Règlements, bulletins d'adhésion ou contrats collectifs ainsi que dans tous les documents à caractère contractuel ou publicitaire, la dénomination sociale doit être accompagnée de la mention "Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité".

Article 3 : Sièg

Le sièg de Groupe France Mutuelle est situé au : 56, rue de Monceau 75008 PARIS.

Il peut être transféré en tout autre endroit du même département ou d'un département limitrophe par simple décision du Conseil d'Administration qui est dans ce cas expressément habilité à modifier corrélativement les statuts, sous réserve de ratification par la plus proche Assemblée Générale et sous réserve des dispositions légales en vigueur.

Article 4 : Mission - Objet

Dans le respect des valeurs mutualistes, la Mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses Membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par les statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses Membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. La Mutuelle a pour objet, conformément aux dispositions légales relatives au cumul des activités :

1. de réaliser les opérations d'assurance suivantes :
 - a. couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, correspondant aux

branches 1 (accidents) et 2 (maladie),

- b. contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (branche 20 Vie-Décès) et des engagements ayant pour objet le versement d'une prime en cas de mariage ou de naissance d'enfant (branche 21 Nuptialité-Natalité),
2. d'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées,
3. de mettre en œuvre une action sociale, dans le respect de l'article L.111-1-III du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut conclure avec d'autres mutuelles ou unions de mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité, avec des institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale ou relevant de l'article L.732-1 du Code rural ou avec des entreprises d'assurance régies par le Code des assurances des contrats de coassurance ou de réassurance pour les opérations mentionnées au 1° du présent article.

La Mutuelle peut accepter en réassurance les risques et engagements mentionnés au 1° du I de l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

Elle peut également, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement ou partiellement (agrément par branche d'activité) à ces organismes, dans les conditions prévues par la réglementation pour la délivrance de ces engagements.

Elle peut encore souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance, afin d'assurer au profit de ses membres participants la couverture des risques ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L.111-1 du Code de la Mutualité et :

- soit les proposer à l'adhésion de ses membres participants,
- soit en rendre l'affiliation obligatoire à l'ensemble de ses membres ou certaines catégories d'entre eux, par décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle ratifiée par son Assemblée Générale conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme d'assurance et avoir recours à des intermédiaires en assurance ou en réassurance pour la distribution de ses produits. Elle peut également déléguer la gestion de ses contrats collectifs selon les principes définis par son assemblée générale.

La Mutuelle peut passer convention avec toute mutuelle ou union de mutuelles régie par les dispositions du livre III du Code de la Mutualité afin de faire béné-

ficier ses membres participants ainsi que leurs ayants droit de leurs services.

Elle peut décider, avec d'autres mutuelles, de créer une autre union. Elle peut adhérer à un groupe mutualiste au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité.

Chapitre 2 RÈGLEMENTS

Article 5 : Règlement Intérieur

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

Tous les membres sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et autres textes mutualistes à caractère légal ou réglementaire.

Le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement Intérieur toutes modifications qu'il juge utiles dans le respect de la législation en vigueur. Ces modifications sont d'application immédiate mais doivent être présentées pour ratification à la plus proche Assemblée Générale.

Article 6 : Règlements Mutualistes

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, les Règlements Mutualistes adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définissent le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle notamment en matière de prestations et de cotisations.

Ces Règlements doivent impérativement comporter les mentions obligatoires fixées par la loi.

Article 7 : Respect de l'objet des mutuelles

Les organes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L.111-1 du Code de la Mutualité

TITRE 2 RELATIONS ENTRE LA MUTUELLE ET SES MEMBRES

Chapitre 4 ADHÉSIONS

Chapitre 3 CATÉGORIES DE BÉNÉFICIAIRES

Article 8 : Membres

La Mutuelle se compose de membres

participants et, le cas échéant, de membres honoraires.

L'adhésion à la Mutuelle en tant que membre participant, bénéficiant de ses prestations et y ouvrant droit, est acquise à toute personne qui en France relève d'un régime obligatoire de sécurité sociale en son nom propre, quelle que soit son activité professionnelle, la région où elle réside ou encore le type de régime obligatoire dont elle relève et souscrivant une ou plusieurs garanties de la Mutuelle.

A leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants des mutuelles sans intervention de leur représentant légal.

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle pourra admettre membres honoraires, des personnes physiques qui versent des cotisations, des dons ou qui ont rendu des services équivalents à la Mutuelle, sans contrepartie de prestations. La Mutuelle peut également admettre des membres honoraires, personnes morales souscrivant des contrats collectifs.

Article 9 : Ayants droit

Est considérée comme ayant droit, toute personne rattachée à un membre participant à l'un quelconque des titres suivants :

- conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, y compris les conjoints, concubins ou signataires d'un pacte civil de solidarité séparés,
- enfant pris en charge sous le numéro d'immatriculation de l'un ou l'autre des deux parents : soit le participant lui-même ou son conjoint concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, dès lors qu'il en est ayant droit. Ceci vaut, que les enfants soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs ou recueillis. Ils doivent être mineurs de moins de 16 ans. Cette limite d'âge peut être portée à :
 - 21 ans pour les apprentis
 - 25 ans pour les enfants justifiant d'une inscription dans un établissement d'enseignement public ou privé.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

Article 11 : Adhésions Individuelles

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion, dans les conditions définies par le Règlement Mutualiste et reçoit gratuitement copie des Statuts et Règlements. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par les Règlements. Tous actes ou délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chacun des membres participants.

Article 12 : Adhésions à caractère Collectif

Les adhésions à caractère collectif peuvent correspondre à une opération facultative ou à une opération obligatoire.

Dans le cadre de contrats collectifs à adhésion facultative, la qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du Règlement Mutualiste et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale ayant souscrit et la Mutuelle.

Dans le cadre de contrats collectifs à adhésion obligatoire, la qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et ce en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Chapitre 5 RÉSILIATIONS, RADIATION, EXCLUSION

Article 13 : Résiliation faite auprès de la Mutuelle

A) Opérations individuelles

La résiliation de l'adhésion à une garantie soumise à un Règlement de la Mutuelle s'effectue dans les conditions, formes et délais fixés par ledit Règlement. Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation de l'adhésion à la garantie entraîne, à la date d'échéance fixée au Règlement, la perte de la qualité de membre participant.

B) Opérations collectives

1) Résiliation de l'adhésion à une garantie, à un Règlement collectif ou à un contrat collectif. La résiliation de l'adhésion à un Règlement collectif ou à un contrat collectif s'effectue dans les conditions, formes et délais fixés par le Règlement ou le contrat. Elle entraîne, à la date d'échéance prévue au Règlement ou au contrat, la perte de la qualité de membre honoraire pour l'employeur ou la personne

morale et, pour les membres participants affiliés, la perte de la qualité de membre participant, sous réserve, pour ces derniers, des dispositions du Règlement ou du contrat permettant la poursuite, à titre individuel, de tout ou partie de la couverture.

- 2) Démission du membre participant adhérent à un contrat collectif. Sauf lorsqu'il continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, perd la qualité de membre participant, celui qui ne remplit plus les conditions posées par le bulletin d'adhésion à un Règlement collectif ou par un contrat collectif pour pouvoir en bénéficier.

Article 14 : Radiation à l'initiative de la Mutuelle

En cas de non paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la Mutuelle peut, après avoir fait application des dispositions des articles L.221-7, L.221-8, L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité, radier un membre participant ou un membre honoraire. La radiation prend effet selon les modalités et délais prévus par ces articles.

Article 15 : Modalités d'exclusion

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

Le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué par le Conseil d'Administration dans les conditions fixées au Règlement Intérieur pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

La décision du Conseil d'Administration est notifiée selon les modalités stipulées au Règlement Intérieur. Elle est d'application immédiate du jour de sa notification.

Article 16 : Conséquences de l'exclusion

L'exclusion n'emporte pas renonciation par la Mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur à l'encontre du membre exclu. L'exclusion ne donne pas droit aux remboursements des cotisations versées.

TITRE 3 ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre 6 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 17 : Composition

L'Assemblée Générale est composée

de Délégués, à raison d'un délégué pour 1 000 membres ou fraction de 1 000 membres participants ou honoraires. Les Délégués sont élus pour 6 ans par correspondance. Conformément aux dispositions de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité, il peut être désigné des Délégués représentant les personnes morales ayant souscrit des contrats collectifs en tant que membres honoraires et des Délégués représentant leurs salariés membres participants.

En cas de vacance en cours de mandat par démission, décès ou toute autre cause d'un délégué, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant figurant sur la même liste immédiatement après le dernier candidat élu et qui a obtenu le plus grand nombre de voix et à égalité au plus jeune.

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

Article 18 : Modalités d'élection des Délégués

Les élections ont lieu par correspondance, à bulletins secrets selon le mode de scrutin uninominal à un tour. Pour le déroulement du scrutin, les membres de la Mutuelle sont organisés en sections de vote, déterminées par le Conseil d'Administration. Chaque section de vote élit les Délégués titulaires et les Délégués suppléants par tranche de 1 000 membres, conformément aux dispositions de l'article 17. Les appels de candidatures auprès des membres, les conditions de dépôt de celles-ci et les modalités de vote sont fixées dans le Règlement Intérieur.

Article 19 : Réunions

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration. La convocation est faite par lettre simple sur papier à en-tête de Groupe France Mutuelle dans les quinze jours au moins avant la date de sa réunion. L'ordre du jour doit être joint à la convocation.

Elle peut également être convoquée dans les conditions prévues par l'Article L.114-8 du Code de la Mutualité.

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

Article 20 : Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par le Président.

L'Assemblée ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour. Toutefois, les Délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolution dans les conditions fixées par décret. L'Assemblée peut en toutes circonstances, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle prend

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

Article 21 : Attributions de l'Assemblée générale

L'Assemblée Générale procède obligatoirement chaque année à l'examen et à la révision des cotisations et des prestations pour l'exercice civil suivant, décide de la reconduction, de la modification ou de la suppression de chaque garantie, se prononce sur le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y attachent, sur les comptes combinés ou consolidés de l'exercice le cas échéant ainsi que sur le rapport de gestion du groupe et sur le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité.

Elle procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration.

Elle est appelée à se prononcer sur :

- les modifications des statuts,
 - les activités exercées,
 - le montant des droits d'adhésion,
 - le montant du fonds d'établissement,
 - le contenu du Règlement Mutualiste défini par l'article L.114-1, 5° alinéa du Code de la Mutualité,
 - l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union,
 - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
 - l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,
 - le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
 - le rapport 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,
 - toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.
- En outre, l'Assemblée Générale :
- procède à la nomination des commissaires aux comptes,
 - décide de la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
 - fixe les conditions dans lesquelles les

délégations de pouvoir sont prévues à l'article 37 des présents statuts,

- définit les principes devant être respectés par les délégataires de gestion dans le cadre d'une délégation de gestion de contrats.
- décide des apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité,
- se prononce sur l'allocation d'indemnités au Président du Conseil d'Administration et aux autres membres du Conseil auxquels des attributions permanentes ont été confiées.

Article 22 : Modalités de vote et délibérations

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

Tous les votes se font à main levée sauf en ce qui concerne les élections qui font l'objet de vote à bulletins secrets. Toutefois, le Président doit organiser un vote à bulletins secrets lorsque ayant invité l'Assemblée Générale à s'exprimer à main levée, à la majorité simple des votes exprimés, celle-ci demande sur tel ou tel sujet soumis à son approbation, un vote à bulletins secrets.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les délégations de pouvoir prévues à l'article 23 des présents Statuts, les montants ou taux des cotisations et des prestations, le transfert de portefeuilles, 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 délibère valablement si le nombre de ses Délégués présents est au moins égal au quart du total des Délégués.

Lorsque l'Assemblée se prononce sur des questions autres que celles visées à l'article ci-dessus, elle 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 délibère valablement quel que soit le nombre des Délégués présents.

Exception faite des modifications statutaires qui sont adoptées à la majorité des deux tiers des Délégués présents, les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Article 23 : Délégations

L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'Administration. Cette délégation est valable un an. Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être

ratifiées par la plus prochaine Assemblée Générale.

Chapitre 7 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 24 : Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration comptant au moins 10 et au maximum 21 membres. Il est composé au moins pour les deux tiers 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 25 : Présentation des candidatures

Tout membre participant ou honoraire de la Mutuelle peut présenter sa candidature aux fonctions d'administrateur de la Mutuelle. Ces candidatures doivent être adressées au siège de la Mutuelle 10 jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale procédant aux élections.

Article 26 : Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

Pour être éligible au Conseil d'Administration, les membres doivent être âgés de 18 ans révolus et ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection. Ils ne doivent avoir fait l'objet d'aucune condamnation selon les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Le nombre de membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 75 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 prend son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Toutefois, dans le cas où la proportion de membres participants et honoraires de la Mutuelle âgés de plus de 65 ans, âge normal de la retraite, serait supérieure au plafond fixé par décret en Conseil d'État, la Mutuelle serait libérée de cette obligation de limite d'âge à due concurrence. Dans le cas où le rapport ci-dessus viendrait à s'inverser, le Président doit prendre toutes dispositions afin de respecter les limites d'âge en matière de composition du Conseil d'Administration et cela dès la plus proche Assemblée Générale.

Article 27 : Élection des Administrateurs

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents Statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletins secrets par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale parmi les membres participants et honoraires de la Mutuelle ayant réglé leur cotisation au jour du dépôt de leur candidature, au scrutin uninominal.

En cas de pluralité de candidatures, sont considérés comme élus, les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, et ce dans la limite des postes à pourvoir.

Lors des procédures électorales des membres du Conseil d'Administration par l'Assemblée Générale, les résultats sont communiqués aux Délégués soit en séance, soit ultérieurement par correspondance.

Dans le cas où la proportion de membres participants et honoraires de la Mutuelle retraités deviendrait inférieure à la majorité des membres participants, le Président prendra toute disposition afin de respecter les limites d'âge en matière de composition du Conseil d'Administration et cela dès la plus proche Assemblée Générale.

Article 28 : Renouvellement

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les 2 ans, les membres sortants étant rééligibles. Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration ou en cas de renouvellement total, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 29 : Vacance et remplacement - Cooptation

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un Administrateur, il est pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration sous réserve de ratification par la plus prochaine Assemblée Générale. Si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'est 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.

Article 30 : Durée du mandat

Les Administrateurs sont élus pour une durée de six ans. Les membres qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leur fonction lorsqu'ils perdent la qualité de membres participants ou honoraires de la Mutuelle ou lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge dans les conditions mentionnées à l'article 27. Les Administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Ils cessent également leur fonction

lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'Article L.114-23 du Code de la Mutualité relatives aux cumuls. Ils doivent alors présenter leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article.

Ils cessent également leur fonction 3 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.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum prévu par les Statuts du fait d'une ou de plusieurs vacances, l'Assemblée Générale est convoquée par le Président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

Article 31 : Gratuité des fonctions d'administrateur

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Toutefois, l'Assemblée Générale peut décider d'allouer une indemnité au Président du Conseil d'Administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées.

Article 32 : Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président au moins 4 fois par an. Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration au moins 5 jours francs avant la date de réunion sauf en cas d'urgence. Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil qui délibère alors sur cette présence.

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

Les Administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration sont tenus à la confidentialité des informations données par le Président ou les dirigeants.

Article 33 : Représentants des salariés au Conseil d'Administration

Deux représentants des salariés de la Mutuelle, élus dans les conditions définies au Règlement Intérieur, assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration. Ils ne peuvent assister aux délibérations ou questions concernant un Administrateur ou un salarié de la Mutuelle.

Article 34 : Délibérations

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

voix, la voix du Président est prépondérante. Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletins secrets pour l'élection du Président et des autres membres du Bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur ou un salarié. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

Article 35 : Attributions du conseil d'administration

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportun et se saisit de toutes questions intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration élit, parmi ses membres, le Président de la Mutuelle pour un mandat d'une durée maximale de 6 ans par vote à bulletins secrets, la durée du mandat de Président n'excédant pas celle de son mandat d'administrateur.

Le Conseil d'Administration adopte annuellement le budget prévisionnel de la Mutuelle. A la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte :

- des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code du commerce,
- de la liste des organismes avec lesquels la Mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité,
- de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 du même Code ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'Assemblée Générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- dans le cas où le Conseil d'Administration a nommé un ou plusieurs dirigeants salariés de l'ensemble des rémunérations qui leurs sont versées,
- de la liste des mandats et fonctions exercées par chacun des administrateurs de la Mutuelle,
- des transferts financiers entre la Mutuelle et d'autres Mutuelles et Unions de Mutuelles.

Le Conseil d'Administration établit le rapport de solvabilité prévu à l'article L.212-3 du Code de la Mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L.212-6 du même Code.

Le Conseil d'Administration rédige un rapport dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion. Il présente ensuite ce rapport à l'assemblée générale.

Plus généralement le Conseil d'Administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation

applicables aux mutuelles.

Article 36 : Délégations

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Président, soit au Bureau, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions. Le Conseil d'Administration peut confier au Président ou au Bureau les attributions suivantes :

- les décisions et formalités d'acquisitions et d'aliénations des biens immobiliers,
- l'acceptation des dons et legs,
- l'embauche et le licenciement des salariés ainsi que la fixation de leur rémunération,
- la passation et l'exécution de contrats ou types de contrats qu'il détermine,
- et plus généralement, toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par la Loi.

Dans le cas où le Conseil d'Administration nomme un ou plusieurs dirigeants salariés au sens de l'article L.114-19 du Code de la Mutualité, il leur délègue ses pouvoirs en séance du Conseil d'Administration pour une durée limitée à un an maximum.

Le Conseil d'Administration consent au Directeur les délégations de pouvoirs nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, le fonctionnement de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration peut à tout moment retirer l'une ou plusieurs de ces attributions qui auront fait l'objet d'un vote en séance du Conseil d'Administration.

Chapitre 8 BUREAU ET COMMISSIONS

Article 37 : Composition du bureau

Le Bureau est composé du Président du Conseil d'Administration et de deux Vice-Présidents, d'un Secrétaire et d'un Secrétaire Adjoint, d'un Trésorier et d'un Trésorier Adjoint.

Article 38 : Élection des Membres du bureau

Les Membres du Bureau sont élus parmi les Membres du Conseil d'Administration, à bulletins secrets, dans les conditions fixées par le Règlement Intérieur.

Le Président élu par le Conseil d'Administration est membre de droit pour la durée de son mandat. Il est rééligible. Le Conseil d'Administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du Président.

Les autres Membres sont élus pour une durée de deux ans, jusqu'à la tenue du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale statuant sur les comptes de l'exercice au cours duquel prend fin leur mandat.

Article 39 : Le Président

Le Président convoque le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale, selon les modalités stipulées aux présents Statuts, et en établit l'ordre du jour. Il organise et dirige les travaux de celui-ci, dont il rend compte à l'Assemblée Générale. Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les Administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. Il informe enfin le Conseil d'Administration des mesures engagées en application des articles L.510-8, L.510-9 et L.510-10 du Code de la Mutualité.

Le Président engage les dépenses. Le Président représente la Mutuelle en justice tant en défense qu'en action, ainsi que dans tous les actes de la vie civile.

Le Président peut sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier aux Directeurs de la Mutuelle mais également à toute autre personne nommément désignée du Conseil d'Administration l'exécution de tout ou partie des tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 40 : Vacance de la Présidence

Le ou les Vice-Présidents secondent, selon l'ancienneté dans la fonction, le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité du Président du Conseil d'Administration, la vacance est assurée par intérim par le Vice-Président le plus ancien dans la fonction, charge à ce dernier de convoquer, dans les conditions prévues aux présents Statuts, un Conseil d'Administration en vue de procéder à l'élection d'un nouveau Président.

Article 41 : Le Secrétaire Général

Le Secrétaire Général est responsable des travaux administratifs relatifs aux Conseils d'Administration et Assemblées Générales, de la rédaction des procès-verbaux et de l'accomplissement de toutes les formalités légales rendues obligatoires dans le respect de la réglementation applicable à la Mutuelle.

Le Secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier aux Directeurs de la Mutuelle mais également à toute autre personne nommément désignée par le Conseil d'Administration l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

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

Article 42 : Le Trésorier

Le Trésorier est responsable de l'ensemble des opérations financières et comptables de la Mutuelle.

Il est chargé du paiement des dépenses préalablement ordonnancées par le Président ou toute autre personne nommément désignée par le Conseil d'Administration et dûment habilitée à cet effet.

Il présente enfin à l'Assemblée Générale un rapport annuel sur la situation comptable et financière de la Mutuelle. Le Trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier aux Directeurs mais également à toute autre personne nommément désignée par le Conseil d'Administration l'exécution de tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

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

Article 43 : Commission de consultation

La commission de consultation est composée de 4 à 9 membres désignés par le conseil d'administration. La commission de consultation, sur invitation du Président assiste aux séances du Conseil d'Administration.

Chapitre 9 ORGANISATION DES SECTIONS LOCALES OU D'ENTREPRISES

Article 44 : Création de sections locales ou d'entreprises

Le Conseil d'Administration peut créer des sections locales ou d'entreprises.

Article 45 : Administration des sections locales ou d'entreprises

Chaque section locale ou d'entreprise 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, en accord avec celui de la Mutuelle absorbée, le cas échéant, ou le représentant de la section désignée par la Mutuelle. Elle est présidée par le Président du Conseil d'Administration de la Mutuelle ou son délégué.

Article 46 : Règles de fonctionnement

Les règles de fonctionnement propres à chacune des sections figurent dans le Règlement Intérieur.

Les cotisations et prestations spécifiques à chacune des sections sont identifiées dans les Règlements Mutualistes, adoptées par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, et les opérations correspondantes de chaque section concernée font l'objet de comptes séparés.

TITRE 4 ORGANISATION FINANCIÈRE ET RÈGLES PRUDENTIELLES

Chapitre 10 GESTION TECHNIQUE ET FINANCIÈRE

Article 47 : Comptabilité

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre de chaque année. La comptabilité des opérations de la Mutuelle est tenue conformément aux dispositions du Code de la Mutualité et, notamment, à celles du plan comptable applicable aux Mutuelles.

Article 48 : Fonds d'établissement

Le montant du fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 €.

Article 49 : Droits d'adhésion

L'Assemblée Générale instaure, dans les conditions fixées aux Règlements, la mise en place d'un droit d'adhésion versé par chacun des membres participants et en fixe le montant. Ce droit d'adhésion est dédié au fonds d'établissement.

Article 50 : Marge de solvabilité

La Mutuelle dispose à tout moment pour l'ensemble des opérations qu'elle assure d'une marge de solvabilité calculée et constituée conformément aux sections 1 et 2 du chapitre II du titre Ier du livre II du Code de la Mutualité.

Article 51 : Fonds de garantie

La Mutuelle détient un montant imprévisible de fonds propres égal au tiers de sa marge de solvabilité. Le montant du fonds de garantie ne peut être inférieur à 600 000 €.

Article 52 : Provisions

La Mutuelle garantit par la constitution de provisions suffisantes représentées par des actifs équivalents, le règlement intégral, pour la période de vie de la garantie,

des engagements pris envers ses membres participants et de leurs ayants droit.

Les provisions techniques sont déterminées conformément aux sections 3 et 4 du chapitre II du titre Ier du livre II du Code de la Mutualité. Les placements de la Mutuelle sont effectués conformément à la section 5 du chapitre II du titre Ier du livre II du Code de la Mutualité.

Article 53 : Cotisations et prestations

Les Règlements, les bulletins d'adhésion et les contrats collectifs indiquent le montant des cotisations et des prestations.

Article 54 : Adhésion au Système Fédéral de Garantie

La Mutuelle adhère au Système Fédéral de Garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

Chapitre 11 CONTRÔLE DES COMPTE

Article 55 : Nomination du Commissaire aux Comptes

En vertu des dispositions de l'article L.114-38 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un Commissaire aux Comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.225-219 du Code de Commerce, pour une durée de six ans.

Le Président convoque le ou les Commissaires aux Comptes à toute Assemblée Générale.

Article 56 : Mission du Commissaire aux Comptes

Le Commissaire aux Comptes mène sa mission conformément aux dispositions des articles L.225-218 et L.225-242 du Code du Commerce, sous réserve des dispositions spécifiques relevant du Code de la Mutualité.

A ce titre, il porte notamment à la connaissance de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de Commerce et signale à celle-ci dans les meilleurs délais tout fait ou décision concernant la Mutuelle mentionnée à l'article L.510.6 du Code de la Mutualité dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa mission.

Il fournit également à la dite Autorité, sur demande de celle-ci, tout renseignement sur l'activité de la Mutuelle, le Commissaire aux Comptes est alors délié à l'égard de l'Autorité de contrôle du secret professionnel.

Le Commissaire aux Comptes 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 union régie par le livre III du Code de la Mutualité.

TITRE 5 DISPOSITIONS DIVERSES

Chapitre 12 INTERPRÉTATION

Article 57 : Hiérarchie des Textes

Les Statuts, le Règlement Intérieur, les Règlements Mutualistes, les contrats éventuels avec une personne morale sous-critrice et le bulletin d'adhésion, sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Chapitre 13 ARBITRAGE ET ATTRIBUTION DE COMPÉTENCE JUDICIAIRE

Article 58 : Arbitrage

Dans le cas où un différend ou un litige viendrait à survenir entre Groupe France Mutuelle et l'un de ses membres dans le cadre des présents Statuts, qui ne pourrait être résolu de façon satisfaisante directement par les parties concernées, celui-ci sera soumis à la procédure d'arbitrage régie par les articles 1447 à 1491 du nouveau Code de Procédure Civile.

Le tribunal arbitral siègera à Paris.

Article 59 : Attribution de compétence

Toute contestation qui pourra s'élever concernant l'exécution des présents Statuts sera portée devant le Tribunal compétent du Siège de Groupe France Mutuelle.

Chapitre 14 DISSOLUTION VOLONTAIRE

Article 60 : Modalités de dissolution volontaire

En dehors des cas prévus par les lois et Règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions de quorum et de majorité prévues en cas de modification des Statuts.

La Mutuelle en informe immédiatement l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles.

A défaut de réunion de l'Assemblée Générale malgré deux convocations successives, la dissolution peut être prononcée par l'Autorité précitée.

Article 61 : Conséquences de la dissolution

La dissolution volontaire comporte pour la Mutuelle l'engagement de ne plus réaliser, pour l'ensemble des agréments qui lui ont été accordés, de nouvelles opérations.

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

Lorsque la gestion des engagements résiduels est déléguée à un tiers, le projet de contrat de délégation et un dossier décrivant la qualité du délégataire et de ses dirigeants, son organisation, sa situation financière et les moyens mis en œuvre sont communiqués à l'Autorité de Contrôle qui peut, dans les conditions mentionnées à l'article L.510-7, réaliser tous contrôles sur pièces et sur place du délégataire, jusqu'à liquidation intégrale des engagements.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 22 des présents Statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes mentionnés à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité.

Chapitre 15 ADHÉSION AUX FÉDÉRATIONS

Article 62 : Adhésion à la FNMF

La Mutuelle est adhérente de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

Article 63 : Adhésion à la FNMI

La Mutuelle est adhérente de la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle (FNMI)

Chapitre 16 CMU

Article 64 : Gestion de la CMU complémentaire

La Mutuelle est inscrite sur la liste des organismes gestionnaires de la CMU complémentaire, prévue dans le Code de la Sécurité Sociale en vue de participer à la protection complémentaire en matière de santé.

- RÈGLEMENT INTÉRIEUR -

Le présent Règlement Intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, complète les dispositions des Statuts, en précisant certaines modalités d'application.

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 1 : Élection des Délégués - Appel à candidatures

Quarante cinq jours au moins, avant la date fixée pour les élections, la Mutuelle fait appel à candidatures auprès des Membres participants ou honoraires. Cet appel précise les conditions d'éligibilité à remplir et l'adresse de retour du dépôt de candidature.

Les candidatures doivent parvenir à la Mutuelle avant la date limite portée sur l'envoi et fixée, en principe, à un mois de date à date, avant la date du scrutin.

Article 2 : Modalités d'élection des Délégués

Chaque bulletin de vote permettant l'élection des Délégués comporte les mentions suivantes : le nom de la Mutuelle, l'objet du vote : "Élection des Délégués à l'Assemblée Générale du...", s'il y a lieu, la dénomination de la section, la liste des candidats sortants comportant nom, prénom, date de naissance, profession, date d'adhésion à la Mutuelle, avec inscription dans l'ordre alphabétique, la liste des candidats nouveaux comportant les mêmes indications, le nombre de sièges à pourvoir et le cas échéant, le nombre de candidats à rayer sur la liste. Les candidats élus sont informés par courrier de leur élection.

Article 3 : Vacances de postes et empêchement de Délégués

Dans le cas où le nombre de Délégués titulaires, par suite de vacances successives, atteindrait moins de la moitié des Délégués élus, le Président, sur décision du Conseil d'Administration, organise de nouvelles élections.

En application de l'article 17 des statuts, lorsqu'un délégué est absent à deux réunions d'assemblée générale consécutives, il est démis d'office de ses fonctions. Le conseil d'administration l'en informe par courrier recommandé avec accusé de réception. Le délégué ainsi démis de ses fonctions peut contester l'application de cette mesure en invoquant et en justifiant son absence pour cause de maladie ou d'accident. Le conseil d'administration décide alors à la majorité de ses membres du maintien ou non de la démission d'office.

Article 4 : Modalités de décisions de l'Assemblée Générale

Il est procédé en début de séance d'Assemblée Générale à la nomination de 2 scrutateurs assistant le Secrétaire ou à défaut le Secrétaire Adjoint.

Ils sont chargés du bon déroulement des opérations concernant les différents scrutins et notamment du décompte exact des Délégués votants.

Ils disposent d'une liste nominative des Délégués inscrits. En cas de vote à bulletin secret, chaque délégué présent reçoit un ou plusieurs bulletins de vote sur présentation de sa carte de délégué.

Au moment du vote, les scrutateurs émergent à la fois la liste électorale et la carte du délégué votant.

DISPOSITIONS RELATIVES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 5 : Élection des Administrateurs

Les bulletins de vote doivent comporter : le nom de la Mutuelle, l'objet du vote : "Élection d'Administrateur(s) à l'Assemblée Générale du...", le nombre de sièges à pourvoir et éventuellement le nombre de candidats à rayer, la liste des candidats sortants comportant nom, prénom, date d'adhésion à la Mutuelle, date de naissance et profession avec inscription dans l'ordre alphabétique, la liste des candidats nouveaux comportant les mêmes indications.

Ces mêmes bulletins doivent être utilisés si l'élection a lieu par correspondance.

Article 6 : Conditions d'éligibilité des Administrateurs

Pour l'examen des conditions d'éligibilité, l'âge du candidat est apprécié au jour du scrutin. En application du 1^{er} alinéa de l'article 30 des Statuts, tout administrateur, à la fin de la période de 6 ans, reste en poste jusqu'à sa réélection ou l'élection de son successeur.

Article 7 : Programme de formation des Administrateurs

Tout candidat au poste d'administrateur s'engage à suivre la formation qui lui sera proposée par la Mutuelle, en application de l'article L.114-25 du Code de la Mutualité.

Article 8 : Ordre du jour

Tout Administrateur peut demander dans les 10 jours précédant le Conseil d'Administration, l'inscription de telle ou telle question particulière.

Article 9 : Empêchement d'un administrateur

En application de l'article 29 des statuts, lorsqu'un administrateur est absent deux fois consécutives aux séances du conseil d'administration, il est démis d'office de ses fonctions. Le conseil d'administration l'en informe par courrier recommandé avec accusé de réception. L'administrateur ainsi démis d'office de ses fonctions peut alors contester l'application de cette mesure en invoquant et en justifiant son absence pour cause de maladie ou d'accident. Le conseil d'administration décide alors à la majorité de ses membres du maintien ou non de la démission d'office. En cas de maintien de la mesure, son poste fait alors l'objet d'une cooptation ratifiée par la plus prochaine assemblée générale.

Article 10 : Exclusion d'un membre adhérent

Conformément à l'article 15 des Statuts et à l'article 33 du Règlement Mutualiste, le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué par le Conseil d'Administration par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai d'au moins 15 jours avant la date de réunion du Conseil, pour y être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas à la date indiquée, une nouvelle convocation lui est adressée par LRAR. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée d'office par le Conseil d'Administration. La décision du Conseil d'Administration sur l'exclusion ou non du membre adhérent lui est communiquée par lettre recommandée avec accusé de réception dans les 15 jours de son audition.

Article 11 : Élections des représen- tants des salariés au Conseil d'Administration

Afin d'assurer la représentation des salariés auprès du Conseil d'Administration, il est organisé l'élection de 2 représentants des salariés de la Mutuelle, dans les conditions suivantes :

a) Il est procédé au sein du personnel titulaire, âgé de 18 ans révolus au 1^{er} janvier précédant la date de désignation et ayant au moins 12 mois d'ancienneté, au jour du scrutin, à l'institution de 2 collèges électoraux, l'un pour le personnel cadre et agent d'encadrement, l'autre pour le personnel employé.

b) La Direction est chargée de la procédure de l'organisation matérielle des élections dont les caractéristiques sont les suivantes :

- les élections ont lieu dans le délai de 45 jours précédant la date de l'Assemblée Générale.
- les candidatures écrites concernant chacun des deux collèges sont reçues par le Directeur Général ou son représentant dans les 15 premiers jours de ce délai et affichées.
- dans les 10 jours qui suivent, il est procédé dans chaque collège à un vote séparé à bulletins secrets, selon un scrutin à la majorité relative à un tour, étant entendu que 2 membres du personnel par collège électoral se proposeront comme scrutateurs. En cas de partage des voix, le candidat ayant la plus grande ancienneté dans la Mutuelle est déclaré élu.
- le procès-verbal signé du Directeur Général et des 4 scrutateurs enregistre les résultats du vote qui sont communiqués au Président et au personnel.
- les deux candidats désignés sont élus pour 2 ans renouvelables. Ils reçoivent à cet effet, durant leur mandat, le procès-verbal dressé lors de chaque réunion du Conseil d'Administration.

Article 12 : Obligations de réserve des représentants des salariés au Conseil d'Administration

Les représentants des salariés doivent respecter l'obligation de réserve en ce qui concerne les débats au sein du Conseil d'Administration. Ils ne peuvent assister aux délibérations concernant un administrateur, un membre de la Mutuelle ou portant sur des questions d'ordre individuel ou collectif concernant le personnel de la Mutuelle.

Article 13 : Délégations au Directeur par le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration délègue au Directeur Général tous pouvoirs pour assurer la gestion courante de la Mutuelle.

Celui-ci, sous sa responsabilité, peut déléguer à son tour, pour des tâches définies, tous pouvoirs à tel ou tel membre du Comité de Direction, lequel à son tour peut, sous sa responsabilité, accorder des pouvoirs limités à tel ou tel responsable de service.

Article 14 : Élection du Bureau

L'élection des membres du Bureau s'établit selon les modalités suivantes :

le dépôt des candidatures s'effectue par lettre adressée au Président au moins 3 jours avant la réunion du Conseil d'Administration.

Pour chaque poste du Bureau, il est établi des bulletins de vote portant les noms et prénoms des candidats. Le vote s'effectue par bulletins secrets, à la majorité absolue au 1^{er} tour, à la majorité relative au 2^e tour ; en cas de partage des voix, le candidat le plus ancien dans la Mutuelle est déclaré élu. Le résultat des votes est prononcé sur le champ par le Président assisté de 2 scrutateurs.

Article 15 : Communications à l'Assemblée Générale

Le Secrétaire du Conseil d'Administration est chargé de la présentation du rapport de gestion du Conseil d'Administration, préalablement approuvé par celui-ci pour l'exercice considéré. De son côté le Trésorier présente les comptes annuels arrêtés par le Conseil d'Administration.

Article 16 : Instauration des Commissions

Le Conseil d'Administration peut instituer en son sein toute Commission, temporaire ou permanente, qu'il juge utile.

Chaque Commission élit son Président lors de la tenue de la 1^{re} réunion constitutive, celle-ci étant convoquée par le Président du Conseil d'Administration, membre de droit de chaque Commission. Les Commissions règlent elles-mêmes l'ordre de leurs travaux.

A la demande du Président du Conseil d'Administration, le Président de

chaque Commission informe le Conseil d'Administration de l'avancement de ses travaux.

Article 17 : Commission de consultation

Conformément à l'article 43 des statuts, la commission de consultation peut être consultée par le Président en séance. Elle peut se voir confier par le Président toute étude que celui-ci jugera nécessaire. Le renouvellement des membres de la commission s'effectue tous les deux ans, au moment du renouvellement par tiers des membres du Conseil d'Administration. La commission élit son Président lors de sa première réunion.

Lorsqu'un membre de la commission de consultation est absent deux fois consécutives aux réunions de la commission, il est démis d'office de ses fonctions. Le conseil d'administration l'en informe par courrier recommandé avec accusé de réception. Le membre de la commission ainsi démis de ses fonctions peut contester l'application de cette mesure en invoquant et en justifiant son absence pour cause de maladie ou d'accident. Le conseil d'administration décide alors à la majorité de ses membres du maintien ou non de la démission d'office.

Article 18 : Commission des Finances

Il est institué une Commission des Finances présidée de droit par le Trésorier. Elle examine et établit notam-

ment les budgets prévisionnels annuels, les bilans, situations et comptes financiers de l'exercice, les rapports de gestion et de solvabilité qu'elle soumet au Conseil d'Administration. Elle peut recevoir du Conseil d'Administration des pouvoirs limités pour statuer, le cas échéant, sur des questions d'ordre financier ou afférentes aux placements.

Elle est consultée sur les délégations de signatures visées à l'article 36 des Statuts. Elle rend compte de ses avis lors du plus prochain Conseil d'Administration.

Article 19 : Commission de Gestion

En application des dispositions du Code de la Mutualité, chaque Commission de Gestion permanente créée par le Conseil d'Administration est composée de membres désignés par le Conseil et présidée par le Président de la Mutuelle ou son délégué.

Cette Commission de Gestion permanente rend compte de son activité au Conseil d'Administration ainsi qu'aux diverses Commissions instituées en son sein.

Chaque Commission de Gestion permanente créée par le Conseil d'Administration, peut gérer sous son nom de marque et disposer d'une Direction et d'un personnel administratif placé sous la responsabilité de la Direction Générale de la Mutuelle.

Article 20 : Honorariat

L'honorariat peut être conféré par le

Conseil d'Administration à tout ancien Administrateur qui reste informé des délibérations du Conseil d'Administration.

Article 21 : Secours exceptionnels

Il peut être attribué sur le budget spécifique voté chaque année par l'Assemblée Générale des secours exceptionnels aux Membres participants ou honoraires par le Conseil d'Administration, lequel peut déléguer ses pouvoirs pour ce faire, à la Commission d'Action Sociale.

DISPOSITIONS PROPRES À LA DÉLÉGATION DE GESTION ET À L'INTERMÉDIATION

Article 22 : Principes de la délégation de gestion

En application de l'article 4 des statuts, les délégataires gestionnaires de contrats collectifs devront justifier pour ce qui les concerne du respect des dispositions issues de la loi du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance et de ses décrets d'application.

La délégation de gestion des contrats peut être également opérée pour les contrats individuels notamment dans le cas des partenariats mutualistes ou de distribution de contrats Groupe France Mutuelle par des intermédiaires commissionnés tels que les courtiers.

de leur affiliation, les salariés deviennent membres participants de la Mutuelle. La personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire de la Mutuelle dans les conditions définies par les statuts.

Article 2 : Catégories de membres

- Conformément à l'article 8 des statuts, la Mutuelle se compose de membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires.
- L'adhésion à la Mutuelle en tant que membre participant, bénéficiant de ses prestations et y ouvrant droit, est acquise à toute personne qui en France relève d'un régime obligatoire de sécurité sociale en son nom propre, quelle que soit son activité professionnelle, la région où elle réside ou encore le type de régime obligatoire dont elle relève et souscrivant une ou plusieurs garanties de la Mutuelle.
- A leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants des mutuelles sans intervention de leur représentant légal.
- Le Conseil d'administration de la Mutuelle peut admettre comme membres honoraires, des personnes physiques qui versent des cotisations, des dons ou qui ont rendu des services équivalents à la Mutuelle, sans contrepartie de prestations. La Mutuelle peut également admettre des membres honoraires, personnes morales souscrivant des contrats collectifs.

Article 3 : Ayants droit

- Conformément à l'article 9 des statuts, est considérée comme ayant droit, toute personne rattachée à un membre participant à l'un quelconque des titres suivants :
 - conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, y compris les conjoints, concubins ou signataires d'un pacte civil de solidarité séparés,
 - enfant pris en charge sous le numéro d'immatriculation de l'un ou l'autre des deux parents : soit le participant lui-même ou son conjoint concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, dès lors qu'il en est ayant droit ; ceci vaut que les enfants soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs ou recueillis ; ces enfants doivent être mineurs de moins de 16 ans ; cette limite d'âge peut être portée à 21 ans pour les apprentis ou 25 ans pour les enfants justifiant d'une inscription dans un établissement scolaire ou universitaire.
- Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle.
- Constitue un foyer tel que visé par le présent règlement mutualiste le membre participant ainsi que ses ayants droit définis ci-dessus.

Article 4 : Devoir d'information du membre participant

- Pour les opérations individuelles, la Mutuelle fournit gratuitement au futur membre participant, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlements ou une fiche d'information sur le contrat, qui décrivent précisément les droits et obligations réciproques. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par les règlements. Toute modification des statuts et règlements ou garanties est portée à la connaissance des membres participants.
- Pour les opérations collectives, la Mutuelle remet à l'employeur ou la personne morale une fiche d'information qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur et la durée de l'engagement, les exclusions ou limitations de garanties, les délais de prescription, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette fiche d'information et les statuts à chaque membre participant. Toute modification des statuts et règlements est portée à la connaissance des membres participants. Toute modification du contrat collectif portant accord particulier doit être constaté par un avenant signé des parties. L'employeur ou la personne morale est tenu d'informer chaque membre participant des modifications intervenues dans ses droits et obligations en lui remettant la fiche d'information établie à cet effet par la Mutuelle. La preuve de la remise de la fiche d'information et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées incombe à l'employeur ou à la personne morale.

Article 5 : Délai de réflexion et délai de renonciation

- Pour les opérations individuelles, les membres participants disposent d'un délai de réflexion entre la remise des documents décrits à l'article 4 du présent règlement et la signature du Bulletin d'Adhésion. Ce délai est fixé par la réglementation. A défaut de précision réglementaire, il est fixé à 7 jours.
- Pour les opérations individuelles réalisées dans le cadre de la vente à distance, le délai de renonciation est fixé à 14 jours à compter de la date de signature du contrat.

Article 6 : Informations concernant le membre participant

- Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle et à lui fournir les justificatifs :
 - de toute modification concernant son régime de prise en charge par l'Assurance Maladie (allocation de longue durée, prise en charge à 100 %, ponctuelle ou permanente...)
 - de son affiliation au régime de Couverture Maladie Universelle (CMU)
 - de son droit à la CMU complémentaire
 - de tout changement de domicile, de situation personnelle, de domiciliation bancaire
 - et plus généralement de tout événement ou situation pouvant avoir un effet sur les dispositions du contrat et leurs applications.
- Toute fausse déclaration de la part du membre peut entraîner la résiliation du contrat par la Mutuelle dans les conditions prévues chapitre IV article 33 du présent règlement.
- Dans le cadre des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, la Mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations à caractère médical auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture (article L.112-1 du Code de la Mutualité).

Article 7 : Conditions générales d'adhésion

- Le membre participant dispose du libre choix de sa garantie d'adhésion parmi celles correspondant à son âge, sa situation professionnelle ou son département de résidence. L'âge du bénéficiaire adulte le plus jeune détermine pour l'ensemble du foyer, la tranche d'âge à l'adhésion. Les garanties modulaires doivent comporter au minimum un module de prestations, à l'exception des primes et participations qui ne peuvent être choisies seules.
- Dans les contrats de groupe (entreprise par exemple), à l'occasion de leur départ à la retraite, les membres participants de Groupe France Mutuelle peuvent, soit être mutés dans des garanties qui leur sont exclusivement réservées, soit, sur demande expresse faite dans les 6 mois, bénéficier de prestations de niveau similaire à celles contenues dans le contrat de l'entreprise dont ils sont retraités. Les nouvelles conditions de cotisation leur sont alors fournies par Groupe France Mutuelle.
- L'adhésion à la Mutuelle est effective à la date d'effet de la première souscription du membre participant à l'une des garanties de la Mutuelle. Elle est maintenue, tant que le membre participant s'acquitte de ses cotisations, quelle que soit la garantie souscrite.
- L'adhésion à la Mutuelle se renouvelle d'année en année par tacite reconduction, sauf résiliation dans les conditions prévues au règlement mutualiste.
- La date d'effet d'une garantie souscrite auprès de la Mutuelle correspond au premier jour du mois de souscription indiqué par le membre participant, sous réserve de la réception par nos services sous quinzaine, du bulletin d'adhésion dûment rempli et signé, accompagné des pièces justificatives, du règlement de la 1^{ère} cotisation ou de l'autorisation de prélèvement automatique et, éventuellement, de la caution pour les garanties FC Santé. Les prestations sont délivrées en tenant compte des éventuels délais de carence. La garantie est souscrite jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours. Chaque garantie peut être modifiée ou supprimée pour l'exercice suivant, par décision de l'Assemblée Générale.
- Le nouveau membre participant est exempté des délais de carence indiqués sur le tableau des prestations lorsqu'il produit à l'appui de son bulletin d'adhésion un certificat de radiation du précédent organisme. Cette dispense, valable pour les risques précédemment couverts, qui permet d'assurer la continuité de la garantie, doit être réalisée au plus tard dans les 3 mois de la radiation du précédent organisme. Dans les contrats d'entreprise, le nouveau membre participant peut être exempté de tous les délais de carence lorsque son adhésion intervient au plus tard dans les 3 mois, de date à date, suivant son embauche dans l'entreprise.
- Les nouveaux mariés et les conjoints nouveaux mariés des membres participants, inscrits dans les 3 mois de leur mariage, acte faisant foi (date d'effet au 1^{er} jour du mois suivant le mariage), bénéficient de la dispense des délais de carence.
- Les nouveau-nés inscrits dès leur naissance, sur demande écrite et formulée dans les 90 jours suivant celle-ci n'ont aucun délai de carence à accomplir à la condition que les parents aient satisfait eux-mêmes aux délais de carence. Sont considérés comme "enfants", les enfants pris en charge par la Caisse Maladie sous le numéro d'immatriculation des parents. Dès lors qu'ils sont effectivement remboursés par la Caisse Maladie sous leur propre numéro d'immatriculation, ils adhèrent et cotisent en qualité d'adulte et peuvent bénéficier du système Généfif sous réserve des conditions prévues à l'article 16 du présent règlement. Toutefois, les enfants jusqu'à l'âge de 25 ans pouvant justifier d'une inscription scolaire ou universitaire, bénéficient de la tarification "enfants". De même, les apprentis bénéficient de cette disposition jusqu'à 21 ans. Il convient d'en informer nos services.

- RÈGLEMENT MUTUALISTE -

Le présent Règlement Mutualiste comprenant les dispositions générales applicables à l'ensemble des garanties, produits et services de Groupe France Mutuelle est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité.

Il définit les engagements contractuels réciproques existant entre chaque membre et la Mutuelle tant en ce qui concerne la durée des engagements nés du contrat ou de l'adhésion que du contenu de ceux-ci.

Il s'applique à l'ensemble des bénéficiaires de l'adhésion ou du contrat, c'est-à-dire tant au membre participant qu'à ses ayants droit, cotisants ou non.

Chapitre I - ADHÉSION

Article 1 : Définition des opérations individuelles et collectives

- Les engagements contractuels correspondent à une opération individuelle ou à une opération collective, selon les dispositions des paragraphes II, III-1 et III-2 de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité.
- Est qualifiée d'opération individuelle l'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à la Mutuelle. A la date de son adhésion, la personne acquiert la qualité de membre participant, si elle bénéficie des garanties

du contrat mutualiste, ou de membre honoraire, si elle n'en bénéficie pas.

- Est qualifiée d'opération collective facultative l'opération par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par un employeur ou une personne morale, des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale adhèrent librement à la Mutuelle. Les salariés et les membres de la personne morale qui adhèrent deviennent membres participants de la Mutuelle. La personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire de la Mutuelle ou de l'union dans les conditions définies par les statuts.
- Est qualifiée d'opération collective obligatoire l'opération par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat souscrit par un employeur, l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur, de s'affilier à une mutuelle. A la date

- Les membres participants peuvent à la fin d'un trimestre civil demander leur mutation dans une autre garantie pour le trimestre suivant. Cependant lorsqu'ils demandent une mutation vers une garantie à prestations supérieures, ils doivent accomplir les délais de carence prévus au présent règlement mutualiste et conservent pendant ce temps le bénéfice de la garantie antérieure. En outre, dans ce cas, ils ne pourront demander une nouvelle mutation vers une garantie à prestations inférieures qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois.
- Pour bénéficiaire de ses prestations, le nouveau membre doit remettre à la Mutuelle, au moment de son adhésion, un relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne.

Les souscripteurs des garanties FC Santé :

- Les membres d'un même foyer bénéficiant de la garantie FC Santé sont enregistrés sur le même dossier.
- Tout nouveau membre participant à une garantie FC Santé doit attester qu'aucun membre de son foyer, couvert par le même Régime d'Assurance Maladie, n'est déjà inscrit à Groupe France Mutuelle.
- Tout membre participant à une garantie FC Santé peut demander, mais uniquement à l'effet de l'expiration d'une période d'adhésion, c'est-à-dire au 31 décembre, sa prise en charge dans une autre garantie de la catégorie statutaire FC Santé. Un tel changement de garantie ne fait pas obstacle au remboursement du solde positif du compte caution, mais ne pourra toutefois pas être accepté si le membre participant n'est pas à jour du paiement du montant de sa cotisation. Une telle demande de changement de garantie doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de chaque année.
- Tout membre participant à une garantie FC Santé peut demander, une seule fois uniquement, et seulement pour la fin d'une période d'adhésion, soit au 31 décembre, sa prise en charge dans une autre catégorie statutaire de Groupe France Mutuelle. Un tel changement de catégorie statutaire ne fait pas obstacle au remboursement du solde positif du compte caution mais ne pourra toutefois pas être accepté si le membre participant n'est pas à jour du paiement du montant de sa cotisation. Une telle demande de changement devra être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de l'année concernée.
- Après sa mutation dans une autre catégorie statutaire de Groupe France Mutuelle, le membre participant conserve la faculté de réintégrer la garantie FC Santé. En un tel cas, toutefois, il ne lui sera plus possible ultérieurement de changer de catégorie statutaire.

Dispositions relatives aux travailleurs non salariés :

- L'Association pour la Prévoyance, l'Épargne et la Retraite des Indépendants (APERI) est souscriptrice auprès de Groupe France Mutuelle d'un contrat permettant aux membres participants de la Mutuelle concernés par ces dispositions de bénéficier de leurs garanties dans le cadre de la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite loi MADELIN.

Article 8 : Contrats aidés

Dispositions communes

- Les garanties proposées par Groupe France Mutuelle le sont dans le respect des dispositions de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie et de son décret d'application du 29 septembre 2005 précisant « le contenu des dispositifs d'Assurance Maladie complémentaires bénéficiant d'une aide » sous la forme d'une exonération de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) frappant tous les contrats d'assurance santé. En outre, une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a été créée dans le cadre de la loi pour les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la couverture maladie universelle (CMU) et ce plafond majoré d'un taux fixé par la réglementation. Cette aide vient en déduction du montant de la cotisation versée à la mutuelle par les personnes qui en font usage.
- Pour bénéficier de l'exonération de la TCA et éventuellement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, les contrats des mutuelles doivent satisfaire aux obligations suivantes :
 - la non prise en charge de la participation forfaitaire obligatoire (1 euro),
 - la non prise en charge par les garanties de la majoration du Ticket Modérateur en cas de non respect du parcours de soins,
 - la non prise en charge d'une franchise fixée par l'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques des spécialistes à hauteur au moins du dépassement autorisé en cas de non respect du parcours de soins,
 - la prise en charge d'au moins 30% du tarif opposable des consultations du médecin traitant,
 - la prise en charge d'au moins 30% du tarif opposable des médicaments à vignette blanche prescrits par le médecin traitant,
 - la prise en charge d'au moins 35% du tarif opposable des frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant,
 - la prise en charge totale, au plus tard le 1er juillet 2006, de la participation

de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et choisies parmi la liste établie après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Unocam. Tous les contrats proposés par Groupe France Mutuelle respectent cette obligation.

- Cependant, lorsque certaines de nos garanties prévoient la prise en compte ou en charge ou excluent certaines des prestations et actes susvisés, la précision en est apportée par la documentation spécifique attachée à ces garanties qui subissent la taxe.
- C'est ainsi que le décret du 29 septembre 2005 prévoit notamment la couverture obligatoire des consultations et visites et de la pharmacie. Il s'ensuit que les options souscrites auprès de Groupe France Mutuelle ne comprenant pas l'un des modules de prestations médicales subissent la taxe sur les conventions d'assurance et ne donnent pas droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Dispositions propres à la garantie FC Santé

- Bien que le membre participant et ses ayants droit puissent voir prendre en compte leurs dépenses de santé même en dehors du cadre du contrat aidé dit « responsable », la garantie FC Santé est exonérée de la taxe sur les conventions d'assurance.
- En effet, le membre participant finançant lui-même ses premières dépenses de santé et celles de ses ayants droit bénéficiaires du contrat, à hauteur du montant de la caution familiale, ils peuvent décider au coup par coup de suivre ou non le parcours de soins coordonnés dans cette limite sans aucune conséquence fiscale.
- Cependant, dès que les dépenses de santé du membre participant et de ses ayants droit bénéficiaires du contrat sont supérieures au montant de la franchise, la mutuelle rembourse les prestations du membre participant et de ses ayants droit dans le cadre des dispositions communes. Ainsi, les restrictions susvisées s'appliqueront de plein droit une fois la caution épuisée. C'est à cette condition que ce type de contrat est exonéré de taxe et donne droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.
- Il est précisé que les versements, successivement opérés à présentation des justificatifs des dépenses de santé, s'imputent chronologiquement, dans cet ordre sur la caution, qu'ils soient afférents ou non à un acte pratiqué en ou hors parcours de soins et dans le respect ou non du dispositif du contrat aidé, dit « responsable ».

Article 9 : Garanties souscrites par la Mutuelle pour tous ses membres

- Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, ceux-ci sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle.

Article 10 : Numéro de membre participant

- Chaque nouveau membre se voit attribuer, dès la confirmation de son adhésion, un numéro de membre participant, référence unique et spécifique à Groupe France Mutuelle. Ce numéro est à rappeler obligatoirement dans toutes relations ou correspondances avec la Mutuelle.

Article 11 : Carte de membre participant

- Pour les adhérents assujettis à un régime différent du Régime Général de la Sécurité sociale, une attestation d'adhésion peut être fournie sur simple demande.
- Pour les adhérents assujettis au Régime Général de la Sécurité sociale, une carte de membre participant de type RMS est adressée après l'enregistrement de l'adhésion à la Mutuelle. Elle peut être utilisée par le membre participant et par ses ayants droit.
- Cette carte de membre participant est une carte à microprocesseur dont la puce contient essentiellement deux informations : le numéro de la Mutuelle et le numéro de membre participant (le cas échéant il peut contenir le code du Régime Obligatoire).
- L'usage de la carte de membre participant et du système RMS permet de recueillir en direct auprès des professionnels de santé les informations utiles à l'exécution du contrat mutualiste.
- Une fiche d'information spécifique indique comment utiliser la carte de membre participant RMS.
- Il est précisé que la capacité technique d'un Professionnel de Santé ou assi-

milé à recevoir et à utiliser la carte de membre participant RMS au bénéfice du membre participant, n'emporte aucun jugement de valeur et n'engage pas la responsabilité de Groupe France Mutuelle, sur la qualité et l'efficacité des actes dispensés et sur les compétences professionnelles du praticien.

Article 12 : Informatique et liberté

- La sécurité concernant la circulation d'informations nominatives très réglementée est surveillée par la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés). Les systèmes d'échange de données informatisées touchant à la santé des Français sont tout particulièrement visés. Le système RMS (Remboursement Mutuelle Simultané) d'échange de données entre les professionnels de santé et les mutuelles que le membre participant utilise librement avec sa carte mutuelle à microprocesseur, ne permet pas l'identification du porteur des données échangées (pas d'utilisation du numéro d'identification national-numéro de Sécurité Sociale).
- L'usage de la carte de membre participant et du système RMS emporte de facto l'autorisation expresse de transfert informatisé vers la Mutuelle, des données de l'acte concerné.
- Les informations collectées sont nécessaires au traitement de votre demande et à l'envoi de documents commerciaux. Elles nous sont destinées ainsi qu'à nos partenaires contractuels. Conformément à la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations contenues dans son dossier. Il peut faire usage de ce droit en s'adressant à son agence de rattachement indiquée sur sa carte d'adhérent.

Chapitre II - COTISATIONS

Article 13 : Droit d'adhésion

- Le droit d'adhésion est payé avec la première cotisation ou fraction de cotisation. Son montant est de 8 euros par membre participant, quel que soit le nombre d'ayants droit. Ce droit d'adhésion versé lors de la constitution du dossier reste acquis à la Mutuelle.

Article 14 : Cotisations

- Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle exigible d'avance.
- Son règlement peut être fractionné.
- La cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.
- A cette cotisation peuvent s'ajouter les cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques publics ou privés, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixées par les Statuts ou Règlements de ces organismes.
- Les membres participants à la garantie "FC Santé" s'engagent en outre au versement d'une caution remboursable, destinée à la couverture de la franchise instituée lors du versement des prestations.
- Les contrats collectifs peuvent prévoir des modalités particulières pour le paiement des cotisations (appel et règlement collectif par exemple).
- Les membres participants relevant d'une collectivité qui s'acquitte de ses cotisations à terme échu, peuvent bénéficier du versement des prestations auxquelles ils peuvent prétendre pour la période contractuelle à échoir (mois ou trimestre).
- Tous les membres participants reçoivent un appel de cotisation par foyer. La cotisation appelée est fixée par l'Assemblée Générale.
- Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 15 : Modulations des cotisations

- La Mutuelle ne peut moduler le montant des cotisations qu'en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à la Mutuelle, du régime de sécurité sociale d'affiliation, du lieu de résidence, du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants.
- Dans le cadre des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative la Mutuelle ne peut en aucun cas fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

Article 16 : Système Généfil

- Les membres participants peuvent bénéficier, dans les conditions fixées au présent titre et pour les garanties qui le prévoient dans leur fiche d'information, du barème Généfil qui prend en considération le nombre de générations d'une même famille en filiation directe ou indirecte et le rang de chacune de celles-ci par tranches d'âges. On entend par filiation indirecte l'adhésion des beaux-parents du membre participant.
- Généfil est un système de modulation tarifaire qui repose sur la prise en compte du nombre de générations en filiation directe ou indirecte et souscriptrices de garanties qui le prévoient dans leur fiche d'information, regroupées sous le nom de famille Généfil. La création de cette famille conditionne l'application, pour chacun de ses membres participants adultes, d'un tarif modulé spécifique pour chaque génération selon l'année de naissance du titulaire du dossier.
- Les coefficients Généfil sont liés au nombre de générations constaté dans la famille, puis au rang Généfil du titulaire du dossier.
- La nouvelle cotisation payée par le membre participant est obtenue en multipliant la tarification de sa garantie par le coefficient Généfil correspondant à sa situation et à celle de sa famille.
- Lorsque le membre participant demande la création d'une famille Généfil, soit au moment de son adhésion, soit en cours de contrat, l'application du barème Généfil sur les cotisations s'effectue au premier jour du mois suivant la réception de la demande du membre participant.
- En cas de changement dans la composition de la famille Généfil, changement de rang de tranche d'âge, modification du nombre de génération par départ de certains des membres, la nouvelle situation donne lieu à la révision des modulations tarifaires appliquées à chacun des membres.

Article 17 : Tableau des montants ou taux des cotisations

- Les barèmes détaillés des cotisations concernant les différentes garanties de Groupe France Mutuelle sont présentés dans les fiches d'informations détaillées.
- Les bases et les taux de modulation tarifaires Généfil sont présentés dans la fiche d'information correspondante.

Article 18 : Impôts - Taxes - Frais

- En plus de sa cotisation, le membre participant s'acquitte des impôts taxes, prélèvement divers dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires et dont la Mutuelle est chargée du recouvrement.
- Le cas échéant, certaines opérations de gestions peuvent faire l'objet de frais dus par les membres participants selon les conditions prévues dans la fiche d'information du contrat, notamment le recouvrement des cotisations non payées et/ou des prestations indues. Ainsi dans le cas où le débiteur fait l'objet d'un recouvrement par voie de contentieux, la somme due se verra alors majorée de 10% (hors taxe) pour les créances de moins d'un an ou de 22% (hors taxe) pour les créances de plus d'un an, au titre de la participation forfaitaire aux frais de recouvrement.
- Le relevé des décomptes des prestations versées est envoyé au membre participant une fois par mois. Si le membre participant souhaite recevoir ses décomptes selon une périodicité plus courte, il devra s'acquitter du paiement des frais de gestion occasionnés par cette demande.

Article 19 : Prescription

- Toutes les actions dérivant des opérations régies par le titre II du Livre II du Code de la Mutualité sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
 - En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
 - En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là,
- Quand l'action du membre participant, bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.
- La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.
- La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du

risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation à caractère indemnitaire.

Article 20 : Principe de la garantie FC Santé

- Les remboursements de prestations prévues au contrat sont assortis d'une franchise annuelle globale.
- Les membres participants de la garantie FC Santé s'acquittent, pour souscrire à l'une des garanties proposées, d'une cotisation restant définitivement acquise à la Mutuelle à laquelle s'ajoute un versement porté sur le compte « caution » du membre participant.
- Ce versement est égal au montant de la franchise exprimée annuellement.
- Le versement au compte caution est intégralement reversé au membre participant soit au fur et à mesure du financement de ses premières dépenses de santé, soit en fin d'exercice pour son solde créditeur.
- Le paiement de la somme versée au compte « caution » bénéficie du même fractionnement (mensuel, trimestriel) que le paiement de la cotisation.
- Pour les membres d'un même foyer, enregistrés sur le même dossier, la cotisation et la caution sont calculées en fonction du nombre de bénéficiaires cotisants inscrits sur le dossier.

Chapitre III - PRESTATIONS

Article 21 : Produits ou services

- L'adhésion à Groupe France Mutuelle ouvre droit à :
 - l'Assistance Santé au Quotidien,
 - les renseignements par téléphone,
 - l'abonnement à Groupe France Mutuelle Le Magazine,
 - l'Action Sociale,
 - l'invalidité grave.

Les modalités de fonctionnement de ces produits ou services sont décrites dans les fiches d'information.

- L'adhésion permet également de demander la souscription aux différents produits ou services proposés à des conditions préférentielles négociées par Groupe France Mutuelle pour ses membres participants auprès de ses partenaires :
 - locations dans les studios et appartements de la Résidence Châteauneuf à Menton.
 - téléassistance à domicile,
 - prévoyance et retraite,
 - garantie rente dépendance,
 - organisation Funéraire de la Mutualité,
 - assurance habitation,
 - assurance automobile,
 - télésecrétariat du domicile,
 - spectacles.
 - ainsi que les autres produits ou services auxquels Groupe France Mutuelle pourrait donner accès, en cours d'année, à ses membres participants.
- Ces produits ou services qui peuvent être souscrits auprès de Groupe France Mutuelle en dehors de toute adhésion aux garanties santé, moyennant le versement d'une cotisation forfaitaire annuelle, sont régis par les règles et dispositions établies par chacun des partenaires qui en assurent la gestion ou la commercialisation. Le membre participant souscripteur d'un ou plusieurs de ces produits ou services doit se soumettre à ces règles de fonctionnement, sans que la responsabilité de Groupe France Mutuelle ne puisse être mise en cause.

Article 22 : Prestations accordées par la Mutuelle

- Les prestations accordées par la Mutuelle peuvent être notamment les suivantes :
 - Prestations médicales : consultations, visites, pharmacie, analyses, soins infirmiers, massages, forfait, actes médicaux non remboursables par les Régimes Obligatoires,
 - Prestations médico-chirurgicales : dentaire, optique, hospitalisation médicale ou chirurgicale, radios, frais de transport, dépassements d'honoraires et tous autres forfaits,

- Primes et participations : cure thermale, cure de thalassothérapie, mariage, maternité, départ en retraite, aide familiale, aide ménagère, participation aux frais d'obsèques et tous autres forfaits.
- Conformément à l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire. L'indemnité due par la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment de la survenance du risque.
- L'ensemble des prestations accordées par la Mutuelle (dont notamment les participations aux frais funéraires, allocations décès, prime maternité, prime de mariage...), est versé exclusivement pour les événements survenus dans la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée. Les engagements de la Mutuelle sur ces risques s'achèvent donc de fait chaque année au 31 décembre. Les garanties souscrites peuvent être modifiées ou supprimées par décision de l'Assemblée Générale. L'adhérent est informé chaque année des nouvelles conditions de prestations préalablement au renouvellement de sa souscription à la garantie, lors de l'envoi de l'appel de cotisations.
- L'aide ménagère et l'aide familiale sont prises en charge par le Fonds Social.
- Dans le cadre des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative la Mutuelle ne peut instaurer de différence dans les niveaux de prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.
- La prise en charge ou la non prise en charge financière ainsi que le montant du remboursement des actes médicaux ou assimilés prévus dans le présent contrat et dans les fiches techniques qui le complètent, n'emportent aucun jugement de valeur de la part de Groupe France Mutuelle sur l'efficacité de ces actes.

Article 23 : Effet et modalités de fonctionnement des garanties

Règles communes à toutes les garanties

- Le droit aux prestations, selon la garantie souscrite, prend effet après application d'un éventuel délai de carence fixé dans la fiche d'information.
- Il peut être pratiqué une remise des délais de carence totale ou partielle, notamment dans le cadre des garanties collectives ou sur présentation par le nouveau membre participant d'un certificat de radiation d'un précédent organisme, ou encore pour les nouveau-nés inscrits dès leur naissance ou les nouveaux mariés dans les trois mois de leur mariage.
- Le droit aux prestations est prescrit dans un délai de présentation de 24 mois de date à date de la délivrance par le Régime Obligatoire du justificatif de paiement ou de l'acquiescement de la facture.
- Le droit aux prestations est acquis pour toute maladie dont le point de départ (date du 1er jour fixé par le Régime Obligatoire) se situe, soit après la date d'effet de l'adhésion, soit après les délais de stage indiqués qui sont appliqués aux conjoints et aux enfants inscrits, cotisants ou non.
- Les prestations sont toujours décomptées sur la base de remboursement de la Caisse Maladie.
- Pour les garanties qui le prévoient, les garanties supplémentaires sont allouées dans la limite de la dépense engagée sur production, selon le cas, de la photocopie ou des originaux des factures, des feuilles de soins ou des prescriptions médicales qui doivent éventuellement accompagner le décompte original de la Caisse Maladie correspondant.
- Pour les opérations n'ayant pas fait l'objet d'une transaction RMS ou d'un autre type d'échange de données informatisées, le membre participant doit remettre ou faire parvenir à Groupe France Mutuelle, toutes les feuilles de décompte de prestations payées par la Caisse Maladie ou les reçus des tickets modérateurs délivrés par les centres de soins, dispensaires..., sur lesquels il lui appartient de faire figurer son numéro de membre participant.
- Tout membre participant bénéficiant de garanties souscrites en surcomplémentaire doit présenter à la Mutuelle les feuilles de décompte de prestations payées par la Caisse Maladie ainsi que les décomptes de l'assureur santé facultatif de premier niveau pour obtenir le remboursement de ses prestations. Celles-ci sont versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité Sociale et par l'assureur santé facultatif de premier niveau.
- Les diverses primes ou participations sont allouées sur présentation des photocopies des pièces officielles justificatives.
- Les prestations sont versées dans les limites des garanties souscrites

Règles applicables aux souscripteurs des garanties Franchise Cautionnée

- Les prestations dont bénéficient les membres participants et leurs ayants droit à la garantie FC Santé sont assorties d'une franchise familiale annuelle globale.
- Cette franchise est cependant couverte au moyen d'une somme remboursable fixée à la même hauteur, exprimée annuellement et versée par le membre participant pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat sur un compte « caution » familial. Toutes les dépenses de santé exposées par les bénéficiaires du contrat sont déduites du compte « caution » familial, sauf exceptions éventuellement prévues dans les garanties.

- Au-delà du montant de la caution, la mutuelle prend en charge dans les limites des garanties souscrites, les dépenses de santé du membre participant et de ses ayants droit au titre de la mutualisation.
- Au cas où le montant des remboursements intervenus sur l'année civile se trouve être inférieur au montant de la caution mutualiste versée par le membre participant, le solde de son compte caution lui est restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante, sous réserve que ses prises en charge hospitalières soient soldées.
- Si aucun remboursement n'est intervenu dans l'année civile, l'intégralité de la caution mutualiste versée par le membre participant lui est restituée dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante, sous réserve que ses prises en charge hospitalières soient soldées.
- Dans le cas où le versement d'un remboursement doit intervenir au titre d'un exercice après restitution du solde du compte caution afférent audit exercice, la franchise trouve pleinement à s'appliquer, le remboursement étant en conséquence diminué du montant de la caution déjà restituée.
- Le membre participant est tenu informé périodiquement du montant du solde de son compte caution familial au moyen de ses décomptes ou relevés de prestations.
- La cotisation de même que la caution ne peuvent être individualisées dans un contrat.

Article 24 : Modalités de remboursement des prestations et limites

Remboursements des prestations

Pour les garanties qui le prévoient et sur présentation des justificatifs :

- Les prestations non prises en charge par la Caisse Maladie telles que l'ostéodensitométrie, les actes de psychomotricité (pour les assurés de moins de 60 ans à l'adhésion), le bilan diététique réalisé par un Diététicien DE, l'ostéopathie, la chiropraxie, l'étiopathie, certaines analyses, les implants dentaires et le supplément lit accompagnant du membre participant, font l'objet d'une participation versée sur présentation d'une facture acquittée avec la désignation de l'acte, pour les lentilles de contact refusées et les vaccins faire parvenir également à la mutuelle la prescription.
- La prise en charge par la Mutuelle de la participation forfaitaire sur les actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à un montant ou à un coefficient fixé par la réglementation est effectuée sur présentation de la facture acquittée.
- Soins à l'étranger :
 - En cas de soins médicaux dans les pays de l'Espace Economique Européen, si le membre participant a payé un supplément non pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale des deux pays, celui-ci doit nous transmettre pour recevoir notre participation, les factures acquittées mentionnant les sommes restant à charge et les soins prodigués.
 - En cas de soins médicaux dans les autres pays, l'adhérent transmet le décompte de la Sécurité Sociale française sur lequel la Mutuelle effectuera le paiement des prestations.
- Prothèses dentaires nomenclaturées ou non : l'assuré transmet à la mutuelle, le devis du dentiste que celui-ci a l'obligation d'établir au patient avant le commencement des travaux, en vue de l'accord préalable sur la participation de la mutuelle.

La mutuelle se réserve le droit de transmettre le devis et/ou les factures correspondant aux travaux, à l'avis du dentiste conseil agréé par elle. Tout travail effectué sans accord préalable de la mutuelle n'est pas pris en charge (applicable le 1/10/2007).

- Orthodontie dento-faciale : les traitements doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable formulée à la Caisse Maladie avant le 16e anniversaire de l'enfant. Ces traitements dispensés aux adultes et refusés par la Caisse Maladie ne sont pas pris en charge par notre Organisme.
- Optique : une participation annuelle est versée pour les verres, monture, lentilles de contact acceptées par la Caisse Maladie ou pour la Chirurgie Réfractive (opération de la myopie).
- Appareillage et fauteuil roulant : les participations sont attribuées sur présentation du décompte de la Caisse Maladie et de la facture, dûment acquittée justifiant l'achat.
- Acoustique : la participation est attribuée sur présentation du décompte de la Caisse Maladie et de la facture, dûment acquittée justifiant l'achat, celle-ci est doublée en cas d'appareil stéréophonique.
- Prise en charge hospitalière : en cas d'hospitalisation en établissement conventionné, médical, chirurgical, maison de repos ou de rééducation, le membre participant doit se mettre en rapport avec notre Mutuelle qui délivrera une prise en charge lui évitant l'avance des frais : ticket modérateur pour le séjour, éventuellement chambre particulière, forfait journalier dans la limite prévue dans sa garantie. S'il s'agit d'un établissement agréé par la Caisse Maladie, mais non conventionné, aucune prise en charge ne peut être établie. Le membre participant devra acquitter l'intégralité des frais et nous faire parvenir les pièces justificatives habituelles (décomptes de la Caisse Maladie et factures dûment acquittées).

- Chirurgie : en cas d'intervention chirurgicale uniquement, les frais de chambre particulière font l'objet d'une participation, quelle que soit la durée du séjour. De même, un dépassement d'honoraires est accordé sur les actes du chirurgien, et éventuellement de l'anesthésiste, avec ou sans hospitalisation.
- Médecine, Maison de repos, de convalescence ou de réadaptation : quel que soit le type d'établissement, les frais de chambre particulière font l'objet d'une participation pour la durée maximum prévue par la garantie, et par année civile.
- Autres frais non pris en charge par la Caisse Maladie :
 - un forfait annuel est accordé notamment sur les frais pharmaceutiques et de transport prescrits médicalement, sur présentation de la facture acquittée.
 - la participation attribuée pour l'acquisition du Scooter électrique, du Téléagrandisseur ou Loupe électronique et de l'Orthèse d'avancée mandibulaire est versée sur présentation de la facture acquittée.
- Cure thermale : pour les cures sans hospitalisation, les soins thermaux ainsi que le forfait de surveillance pris en charge par la Caisse Maladie sont remboursés pour la part mutuelle sur présentation du décompte de la Caisse Maladie ou de la facture de l'établissement. Ce remboursement est complété par le versement d'une prime.
- Cure de thalassothérapie : la prime est versée par la mutuelle pour les cures d'une durée de 6 jours minimum et sur présentation de la facture de l'établissement (séjours en métropole).
- Les frais funéraires : la participation aux frais d'obsèques du membre décédé est versée à la personne ayant effectivement engagé la dépense, sur présentation du bulletin de décès et de la photocopie de la facture des frais funéraires (valable en cas d'incinération du corps) établie et acquittée au nom du demandeur qui doit y joindre un RIB. Si les frais d'obsèques sont réglés par avance par le membre participant, celui-ci doit en informer la mutuelle. Dans ce cas, la participation aux frais funéraires est versée au notaire chargé de la liquidation successorale du défunt.

Limites

Pour les garanties qui le prévoient et sur présentation des justificatifs :

- Consultation en neuropsychiatrie : la prise en charge de Groupe France Mutuelle est limitée à un maximum de 40 consultations par année civile.
- Traitement pédiatral : la prise en charge de Groupe France Mutuelle est constituée d'un forfait annuel par année civile et s'effectue sur présentation du décompte de la Caisse Maladie.
- En implantologie, en optique, pour les lentilles de contact acceptées et refusées, le forfait journalier, le lit accompagnant et la chambre particulière en médecine : la prise en charge de Groupe France Mutuelle est limitée dans le temps et/ou dans son montant (forfait annuel).
- Les primes de mariage, naissance, noces d'or, noces de diamant, les participations à l'aide ménagère, à l'aide familiale sont versées par foyer.
- L'aide ménagère est accordée pour 30 heures maximum par mois, aux seules personnes qui bénéficient d'une participation financière du Service Social de leur localité ou de leur Caisse de retraite, sur présentation d'une notification précisant la participation horaire à charge inférieure à 6,40 € (classement en GIR 5 ou 6). Sont exclus les bénéficiaires de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A.).
- L'aide familiale est accordée pour 30 heures maximum par mois, aux seules personnes qui bénéficient d'une attribution de la Caisse d'Allocations Familiales, sur présentation des justificatifs de paiement accompagnés de la notification précisant la durée et le taux horaire à charge inférieure à 6,40 €.

Prestations de Prévention

Conformément à l'article 8 du Règlement Mutualiste sur les contrats aidés, les prestations de prévention fixées après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire sont contenues dans les garanties de la Mutuelle, notamment :

- le bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans
- le dépistage de l'hépatite B
- un détartrage annuel
- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures réalisé avant les 14 ans de l'enfant
- le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans
- l'ostéodensitométrie, limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans
- certains vaccins

Le remboursement de ces prestations de prévention se fait sur présentation du décompte de la Caisse Maladie

Article 25 : Accidents

Groupe France Mutuelle ne prend pas en charge les risques « accidents » pour lesquels le membre participant ou ses ayants droit seraient par ailleurs garantis par des organismes spécialisés d'Assurance ou de Mutualité. Dans l'hypothèse où la Mutuelle serait amenée à liquider des prestations afférentes à des soins consécutifs à un accident avec tiers responsable couvert par un organisme d'assurance, la Mutuelle est subrogée à due concurrence des prestations versées, dans les droits et actions de son membre participant, victime d'un accident, contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. 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 n'indemnis ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayant droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 26 : Télétransmission

Le système d'échanges dit NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) est une transmission automatique, par liaison informatique, des décomptes de Sécurité Sociale du Membre participant et de ses éventuels ayants droit, entre la Caisse d'Assurance Maladie et la Mutuelle.

Le bénéficiaire du système NOEMIE n'a pas de justificatifs à fournir pour les actes courants. En revanche, certains types de soins nécessitent l'envoi de pièces justificatives afin que la Mutuelle puisse compléter les informations communiquées par la caisse d'Assurance Maladie et calculer au mieux son remboursement. Il s'agit principalement des frais d'optique, de prothèses auditives et appareillages, de prothèse dentaire, d'hospitalisation et de cure thermique.

Article 27 : Contrôles

Le membre participant s'engage, sur simple demande de la Mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues au cours des 12 derniers mois. En outre, en cas de régularisation ultérieure de la Caisse Maladie, le membre participant s'engage à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle.

- Le membre participant s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. Le cas échéant, à sa demande, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la Mutuelle. Ces dispositions s'appliquent également à toute personne bénéficiant de garanties souscrites en surcomplémentaire dès lors que la Mutuelle constate que l'assureur santé facultatif de premier niveau aurait dû intervenir dans le versement des prestations.
- En matière de soins et prothèses dentaires, la Mutuelle se réserve le droit de demander au membre participant de se soumettre à l'expertise d'un Dentiste conseil agréé par elle.

Article 28 : Tableau des montants ou taux des prestations

- Les barèmes des prestations concernant les différentes garanties de Groupe France Mutuelle sont présentés dans les fiches d'informations détaillées.

Chapitre IV - FIN DE L'ADHÉSION**Article 29 : Résiliation**

- Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier son contrat collectif tous les ans, sous réserve d'adresser à la Mutuelle une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat fixée au 31 décembre de l'année civile en cours.
- Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste. Lorsque cette information ne lui a pas été adressée dans les conditions visées

ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à son adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste. Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

- Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la fiche d'information, dénoncer son affiliation en raison des modifications intervenues dans ses droits et obligations (à l'exclusion des opérations menées en application des dispositions de l'article 9 du chapitre I du présent règlement) sur les contrats complémentaires souscrits.
- Il est dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, lorsqu'un membre participant présente tout justificatif de l'obligation d'adhésion à un régime d'assurance santé d'entreprise à adhésion collective et obligatoire. Dans ce cas, et sous réserve que le membre participant en fasse la demande par LRAR dans les trois mois précédant son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire, la résiliation sera effective à la date d'effet de la nouvelle garantie collective. Cette résiliation entraînera la radiation du contrat du membre participant et l'éventuel trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la mutuelle.
- Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation de l'adhésion à la garantie entraîne, à la date d'échéance, la perte de la qualité de membre participant.
- Pour les souscripteurs des garanties FC Santé, une telle résiliation ne fait pas obstacle à la restitution de tout ou partie de la caution, conformément aux dispositions du présent règlement.

Article 30 : Modification ou cessation du risque

- Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :
 - Changement de domicile
 - Changement de situation matrimoniale
 - Changement de régime matrimonial
 - Changement de profession
 - Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle...
 Il peut être mis fin à l'adhésion par 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, selon les modalités prévues à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité et des décrets correspondants.

Article 31 : Non-paiement des cotisations

- Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la Mutuelle adresse au membre participant une mise en demeure de payer et l'informe que la garantie peut être suspendue 30 jours après la date d'envoi de celle-ci. Au cas où la cotisation annuelle 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. La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration de ce délai de quarante jours. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payés à la Mutuelle la cotisation ou la fraction de cotisation arriérée et les fractions de cotisation venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.
- Dans le cadre des opérations collectives, lorsque l'employeur ou la personne morale assure le précompte des cotisations : à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure de l'employeur ou la personne morale. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou la personne morale, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la

résiliation de l'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou la personne morale pour le paiement des cotisations. La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif 10 jours après la suspension des garanties. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations ou fractions de cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

- Dans le cadre des opérations collectives facultatives :
 - Lorsque l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations : le membre participant qui ne paie pas sa cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre de mise en demeure est envoyée 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur.
 - Lorsque l'employeur ou la personne morale participe au paiement d'une part de la cotisation, la procédure prévue dans le cas où celui-ci assure le précompte des cotisations s'applique intégralement. Chaque membre participant est informé de la mise en œuvre de la procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure à l'employeur ou la personne morale. La Mutuelle rembourse, le cas échéant, au membre participant, la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque.
- Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la Mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L.912-1 du Code de la Sécurité Sociale. Dans ce cas, les statuts de la Mutuelle peuvent prévoir les conditions dans lesquelles sont appliquées, à défaut du paiement de la cotisation dans les vingt jours de son échéance, les majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur ou poursuit en justice l'exécution du contrat.

Article 32 : Radiation – Exclusion

- En cas de non-paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la Mutuelle peut, après avoir fait application des dispositions des articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-14 et L. 221-15 du code de la mutualité radier un membre participant ou un membre honoraire. La radiation prend effet selon les modalités et délais prévus par ces articles.

- Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué le Conseil d'Administration dans les conditions fixées au règlement intérieur pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. La décision du Conseil d'Administration est notifiée selon les modalités stipulées au règlement intérieur. Elle est d'application immédiate du jour de sa notification. L'exclusion n'emporte pas renonciation par la Mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur à l'encontre du membre exclu. L'exclusion ne donne pas droit aux remboursements des cotisations versées.

Article 33 : Décès du membre participant ou des ayants droit

- En cas de décès du membre participant titulaire ou de ses ayants droit, les cotisations payées d'avance, pour les périodes postérieures au mois au cours duquel est survenu le décès, sont remboursées.
- Pour les souscripteurs des garanties FC Santé :**
- En cas de décès du titulaire en cours d'année :
 - si la cotisation et la caution ont été payées intégralement le mois ou le trimestre au cours duquel est survenu le décès, les ayants droit peuvent prétendre aux remboursements dus. Les cotisations et cautions afférentes au mois ou au trimestre non entamé seront remboursées. Le solde du compte caution, s'il est positif, sera lui-même restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante,
 - si la cotisation et la caution ont été payées partiellement, les ayants droit doivent payer le montant dû jusqu'à la fin du mois ou du trimestre au cours duquel est survenu le décès pour prétendre aux remboursements prévus au dossier. Le solde du compte caution, s'il est positif, sera restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante.
- En cas de décès du titulaire du dossier, le conjoint devient titulaire après qu'il ait accepté et signé l'avenant correspondant, la date d'effet étant le premier jour du mois suivant le décès du conjoint.

Article 34 : Restitution des cartes de membre participant ou ayants droit et de tiers payant

- Le membre participant s'engage à restituer sa carte ou ses cartes de membre participant et ayants droit et le cas échéant, sa ou ses carte(s) de tiers payant à la Mutuelle au plus tard dans les quinze jours suivant la date d'effet de la fin de son adhésion.
- Dans le cas de non restitution et d'utilisation frauduleuse de sa ou ses carte(s), le membre participant radié et ses ayants droit s'expose(nt) à des poursuites judiciaires.

Siège Social
56, rue de Monceau
75008 PARIS

