

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Mise à jour approuvée par le Conseil d'administration du 2 décembre 2021

Table des matières

| | |
|---|----|
| Préambule..... | 4 |
| TITRE I – ADHÉSION À LA MUTUELLE | 4 |
| ARTICLE 1 – OBJET ET FORMATION DU CONTRAT MUTUALISTE | 4 |
| ARTICLE 1-1 – OBJET DU CONTRAT MUTUALISTE | 4 |
| ARTICLE 1-2 – MODALITES D’ADHESION | 4 |
| ARTICLE 1-3 – PRISE D’EFFET DE L’ADHÉSION | 4 |
| ARTICLE 1-4 – DURÉE ET RENOUELEMENT DE L’ADHESION | 4 |
| ARTICLE 1-5 – CONDITIONS D’ADHÉSION AUX GARANTIES..... | 4 |
| ARTICLE 1-6 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D’ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE..... | 5 |
| ARTICLE 2 – MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE A L’INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT | 5 |
| ARTICLE 2-1 – CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE OU ADMINISTRATIVE | 5 |
| ARTICLE 2-2 – CHANGEMENT DE GARANTIE | 6 |
| ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE A L’INITIATIVE DE LA MUTUELLE | 6 |
| ARTICLE 3-1 – REVISION DECIDEE PAR LE CONSEIL D’ADMINISTRATION | 6 |
| ARTICLE 4 – MODALITES DE SUSPENSION, DÉMISSION ET RADIATION DU CONTRAT MUTUALISTE..... | 6 |
| ARTICLE 4-1 – SUSPENSION | 6 |
| ARTICLE 4-2 – DÉMISSION | 6 |
| ARTICLE 4-3 – RADIATION..... | 7 |
| ARTICLE 4-4 – CONSEQUENCES | 7 |
| TITRE II – COTISATIONS..... | 7 |
| ARTICLE 5 – DÉTERMINATION DES COTISATIONS..... | 8 |
| ARTICLE 5-1 – MONTANT DE LA COTISATION..... | 8 |
| ARTICLE 5-2 – LES COTISATIONS..... | 8 |
| ARTICLE 5-3 – STRUCTURE STANDARD DES COTISATIONS | 8 |
| ARTICLE 6 – PAIEMENT DES COTISATIONS..... | 9 |
| ARTICLE 6-1 – PAIEMENT DES COTISATIONS | 9 |
| ARTICLE 6-2 – DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION | 9 |
| ARTICLE 6-3 – FRAIS D’IMPAYÉS | 9 |
| TITRE III - PRESTATIONS ET SERVICES ASSOCIÉS | 9 |
| ARTICLE 7 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENTDES PRESTATIONS | 9 |
| ARTICLE 7-1 – PRINCIPE DE REMBOURSEMENT | 9 |
| ARTICLE 7-2 – BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES..... | 10 |
| ARTICLE 7-3 – OUVERTURE DES DROITS..... | 10 |
| ARTICLE 7-4 – CESSATION DES DROITS..... | 10 |
| ARTICLE 7-5 – TÉLÉTRANSMISSION..... | 10 |
| ARTICLE 7-6 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE..... | 10 |
| ARTICLE 7-7 – JUSTIFICATIFS..... | 11 |
| ARTICLE 7-8 – TIERS PAYANT | 11 |
| ARTICLE 7-9 – RECOURS SUBROGATOIRE ACCIDENT..... | 11 |
| ARTICLE 7-10 – FORCLUSION | 11 |
| TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES | 11 |
| ARTICLE 8 – DÉLAI DE PRESCRIPTION..... | 11 |
| ARTICLE 9 – INFORMATIQUE ET LIBERTES | 12 |
| ARTICLE 10 – RÉCLAMATIONS, MÉDIATION..... | 12 |
| ARTICLE 10-1 – RÉCLAMATION..... | 12 |
| ARTICLE 10-2 – MÉDIATION..... | 12 |
| TITRE V – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES..... | 13 |

| | |
|--|----|
| ARTICLE 11 – GARANTIE ASSURÉE PAR LA MUTUELLE ET SERVICES | 13 |
| ARTICLE 11-1 – PRESTATION SOLIDARITE FAMILIALE | 13 |
| ARTICLE 11-2 – RESEAU DE SOINS | 13 |
| ARTICLE 12 – GARANTIES NON REGIES PAR LE PRESENT REGLEMENT | 13 |
| ARTICLE 12-1 – ASSISTANCE | 13 |
| ARTICLE 12-2 – GARANTIES DE PRÉVOYANCE | 13 |
| ARTICLE 12-3 – COMPLÉMENT RETRAITE MUTUALISTE (COREM) | 13 |
| ARTICLE 12-4 – GARANTIE FRAIS D’OBSEQUES..... | 13 |
| ARTICLE 13 – ALLOCATION DE FIDÉLITÉ..... | 14 |
| ARTICLE 14 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE | 14 |

Préambule

Le présent règlement mutualiste est établi en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts de La Mutuelle Familiale. Il détermine le fonctionnement du régime des opérations individuelles proposées par la Mutuelle et définit à ce titre, le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Le présent règlement mutualiste est complété du tableau des garanties et des cotisations et de la liste des justificatifs nécessaires au remboursement des prestations, le tout constituant un ensemble indivisible.

TITRE I – ADHÉSION À LA MUTUELLE

ARTICLE 1 – OBJET ET FORMATION DU CONTRAT MUTUALISTE

ARTICLE 1-1 – OBJET DU CONTRAT MUTUALISTE

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion au contrat mutualiste. Le contrat mutualiste a pour objet de faire bénéficier l'adhérent et ses ayants droit résidant habituellement en France, pendant la période de garantie, de prestations santé, complémentaires ou non au remboursement du régime obligatoire français ou luxembourgeois d'assurance maladie, selon la garantie choisie et dans les conditions définies ci-après. Il est constitué des statuts, du règlement intérieur, du règlement mutualiste complété de ses annexes : tableau des garanties et des cotisations et de la liste des justificatifs nécessaires au remboursement des prestations. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation de l'ensemble de ces stipulations. Le présent contrat mutualiste est régi par la loi française conformément aux dispositions des articles L. 225-2 et L. 225-3 du code de la mutualité.

ARTICLE 1-2 – MODALITES D'ADHESION

L'adhésion est réservée aux personnes physiques résidant habituellement en France et affiliées à un régime obligatoire français ou luxembourgeois d'assurance maladie.

Conformément à l'article 7 des statuts, elle est demandée à l'aide du bulletin d'adhésion retourné dûment complété et signé. Toute personne qui fait acte d'adhésion acquiert ainsi la qualité de membre participant. Les membres participants bénéficient des prestations de la mutuelle et peuvent en faire bénéficier leurs ayants-droits, nommément désignés au bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion mentionne, notamment la garantie choisie.

De même, toute personne physique qui adhère à la Mutuelle, dans le cadre du dispositif de Complémentaire santé solidaire (CSS), acquiert également la qualité de membre participant.

ARTICLE 1-3 – PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion retourné dûment complété et signé. La garantie est acquise à cette même date, sauf délais de carence spécifiques à certaines garanties.

En cas d'adhésion à distance, conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, la garantie ne pourra être acquise qu'après un délai de 14 jours calendaires révolus suivant la date d'adhésion (cachet de la poste faisant foi), sauf demande d'exécution anticipée exprimée par l'adhérent.

Dans tous les cas, en cas d'envoi du bulletin d'adhésion par voie postale, la date d'effet de la garantie ne saurait être antérieure à la date de réception (cachet de la poste faisant foi). En cas d'adhésion en cours de mois, la cotisation mensuelle est ainsi déterminée à due proportion du nombre de jours restant à courir à compter de l'adhésion.

ARTICLE 1-4 – DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

Le contrat mutualiste vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation dans les conditions définies au présent règlement et statuts.

Par exception, l'échéance de la gamme CAMPUS intervient au 31 août de chaque année et est renouvelé par tacite reconduction au 1^{er} septembre de chaque année.

ARTICLE 1-5 – CONDITIONS D'ADHÉSION AUX GARANTIES

Le présent règlement mutualiste s'applique à l'ensemble des garanties individuelles, ouvertes comme fermées à la commercialisation, assurées par la Mutuelle Familiale.

- Parmi les garanties ouvertes à la commercialisation :

Les gammes SANTÉHO et LMF SANTE sont ouvertes à tous les adhérents sans limite d'âge à l'adhésion. Les garanties de la gamme SANTÉHO sont soumises à un délai d'attente de 6 mois qui court à compter de la date d'adhésion à la mutuelle.

La gamme LMF Santé est composée :

- d'une part, de quatre garanties socles : LMF Santé 1, 2, 3 et 4 et d'une option « pharmacie à 15% (service médical rendu faible) automédication » en inclusion. Le membre participant dispose de la faculté de conserver ou de renoncer à cette option au moment de son adhésion.
- Et d'autre part, de deux renforts (pack hospitalisation, et pack dépassements d'honoraires). Ces garanties optionnelles permettent au membre participant de renforcer le niveau de ses remboursements.

La garantie COMPLÉTO est une surcomplémentaire, qui s'adresse aux personnes bénéficiant d'un contrat santé de rang 1, souscrit auprès d'autres organismes assurantiels. Elle est acquise après un délai d'attente de 3 mois.

Les garanties de la gamme TERREA s'adressent exclusivement aux agents et aux retraités des collectivités territoriales, dans le cadre de l'application du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Les garanties de la gamme SOLEC s'adressent exclusivement aux agents territoriaux et aux retraités des collectivités territoriales dans le cadre de l'application du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire et de leurs agents.

Les garanties MINE E et MINE F de la gamme MINE s'adressent exclusivement aux bénéficiaires du régime minier.

Les garanties de la gamme FRONTEA s'adressent exclusivement aux personnes résidant en France et travaillant au Luxembourg.

L'adhésion aux garanties LMF Campus 1, 2, 3, 4 et 5 de la gamme LMF Campus est exclusivement ouverte aux étudiants âgés entre 16 et 30 ans. La gamme LMF Campus ne permet pas d'assurer la couverture d'éventuels ayants-droit

- Parmi les garanties fermées à commercialisation :

| | |
|--|--|
| La gamme AS comprenant les garanties AS1 à AS4 | La gamme PS comprenant les garanties PS1 à PS2 |
| La gamme BS comprenant les garanties BS1 à BS4 | La gamme QS comprenant les garanties QS1 à QS2 |
| La gamme CS comprenant les garanties CS1 à CS3 | La garantie RS1 |
| La gamme DS comprenant les garanties DS1 à DS4 | La garantie SS1 |
| La gamme ES comprenant les garanties ES1 à ES4 | La garantie TS1 |
| La gamme FS comprenant les garanties FS1 à FS4 | La garantie US1 |
| La gamme GS comprenant les garanties GS1 à GS4 | La garantie VS1 |
| La gamme HS comprenant les garanties HS1 à HS3 | La garantie WS1 |
| La gamme IS comprenant les garanties IS1 à IS2 | La garantie XS1 |
| La gamme JS comprenant les garanties JS1 à JS2 | La garantie YS1 |
| La gamme KS comprenant les garanties KS1 à KS2 | La garantie ZS1 |
| La garantie LS2 | La garantie AAS1 |
| La gamme MS comprenant les garanties MS1 à MS2 | La garantie ABS1 |
| La gamme NS comprenant les garanties NS1 à NS2 | La garantie ACS1 |
| La gamme OS comprenant les garanties OS1 à OS2 | La garantie ADS1 |

Les garanties BASIC, CLASSIC, TONIC, ÉNERGIC et DYNAMIC de la gamme DÉCLIC, ainsi que la garantie DÉCLIC (option non responsable) sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties NOVA, NOVA OPTIQUE + et NOVA DENTAIRE + sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties OMÉGA O1, OMÉGA O2, OMÉGA O3 et OMÉGA O4 sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties NEOVIA 1, NEOVIA 2, NEOVIA 3 sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

ARTICLE 1-6 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D'ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE

Conformément aux dispositions des articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la mutualité, en cas d'adhésion à distance ou suivant un démarchage, le membre participant peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat. Cette renonciation doit être faite par :

- lettre recommandée avec accusé de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante : La Mutuelle Familiale - 52, rue d'Hauteville – 75487 Paris cedex 10,
- ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception à : courrierAR@mutuelle-familiale.fr.

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la demande. Toutefois, ce droit ne peut plus être exercé lorsque le membre participant demande l'exécution anticipée de ses garanties en cas d'adhésion à distance, ou lorsque sa garantie est mise en œuvre en connaissance de cause par lui-même et ses ayants droit, en cas de démarchage.

En cas de renonciation, le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires. La Mutuelle restitue alors le solde des sommes versées dans un délai de trente jours calendaires révolus, à compter de la date de fin d'adhésion.

ARTICLE 2 – MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

ARTICLE 2-1 – CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE OU ADMINISTRATIVE

La modification des mentions portées au bulletin d'adhésion peut être demandée par écrit en cas de changement de situation personnelle ou administrative du membre, résultant notamment :

- de la situation familiale,

- d'un changement d'adresse ou de domiciliation bancaire,
- d'un changement de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français ou luxembourgeois.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. La modification prend effet dès réception de la demande (cachet de la poste faisant foi).

Toute demande d'affiliation d'un ayant-droit en qualité de bénéficiaire en cours de mois donnera lieu au paiement, par l'adhérent, de la cotisation mensuelle déterminée à due proportion du nombre de jours restant à courir à compter de l'adhésion. Cette affiliation peut néanmoins être sollicitée pour le 1er du mois suivant. La cotisation correspondante ne sera alors due qu'à compter de cette date.

Toutefois, le nouveau-né et l'enfant adopté peuvent être couverts dès le jour de la naissance ou de l'adoption, dès lors que la demande d'affiliation est adressée à la Mutuelle dans les trois mois suivant la survenance effective de l'évènement.

ARTICLE 2-2 – CHANGEMENT DE GARANTIE

La garantie choisie par le membre participant s'exerce dans le cadre de l'année civile ou universitaire (1^{er} septembre au 31 août). Toutefois, le membre participant a la possibilité de solliciter, à tout moment, un changement de garantie (niveau de garantie ou de renfort) vers un niveau supérieur ou inférieur à celui précédemment souscrit.

Pour le membre participant ayant moins d'un an d'ancienneté au sein de la Mutuelle, un changement de garantie vers un niveau supérieur ou inférieur à celui précédemment souscrit ne peut intervenir qu'après une année d'adhésion, sauf changement de situation prévue à l'article 2-1.

Les demandes de changement de niveau de garantie et /ou de renfort optionnel (ajout ou suppression) sont acceptées sans toutefois pouvoir dépasser une demande par date d'anniversaire du contrat. En cas de demande d'ajout d renfort optionnel, la prise d'effet du renfort ne pourra intervenir qu'à compter du premier jour du mois suivant la demande du membre participant.

En cas de changement de garantie, toute demande de prestation sera appréciée par référence à la date des soins dont le remboursement est sollicité.

Pour tout changement de garantie, un nouveau bulletin adhésion est signé par le membre participant.

ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

ARTICLE 3-1 – REVISION DECIDEE PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Conformément à ses prérogatives décrites à l'article 32 des statuts, le Conseil d'administration de la Mutuelle est compétent en matière d'adoption et révision du règlement mutualiste, des montants ou taux des cotisations et des prestations des opérations individuelles dans le respect des règles fixées par l'Assemblée générale.

Toute évolution législative, réglementaire ou technique venant à modifier la portée des engagements de la Mutuelle, pourra entraîner en conséquence, une révision des montants ou taux des cotisations, des prestations garanties des conditions d'ouverture du droit à prestation et plus largement du règlement mutualiste et de ses annexes.

Ces modifications sont applicables de plein droit à compter de leur notification aux membres participants.

ARTICLE 4 – MODALITES DE SUSPENSION, DÉMISSION ET RADIATION DU CONTRAT MUTUALISTE

ARTICLE 4-1 – SUSPENSION

La garantie et le paiement des cotisations y afférent peuvent être suspendus lorsque le membre participant est sans activité. Cette demande est réalisée par écrit et justifiée par une attestation du Pôle Emploi ou assimilé pour le régime luxembourgeois. La suspension a une durée maximale de 2 ans.

A l'issue de cette période, les droits du membre participant seront rouverts, sous réserve du respect de ses obligations (notamment paiement de la cotisation). Les soins dont la date de référence est antérieure à la date de réouverture des droits ne feront l'objet d'aucune prise en charge.

En cas de non-paiement de la cotisation au terme de la période de suspension, le contrat sera résilié dans les conditions définies à l'article 6-2 du présent règlement.

ARTICLE 4-2 – DÉMISSION

Conformément à l'article 9 des statuts, l'adhérent peut mettre fin à sa garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la Mutuelle une lettre ou un courriel, avant le 31 octobre de l'année (ou avant le 30 juin en année universitaire d'adhésion) minuit, cachet de la poste faisant foi. La résiliation prendra effet le 31 décembre (ou avant le 31 août en année universitaire d'adhésion) à minuit.

La démission ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

L'adhérent peut également mettre fin à sa garantie, sans frais ni pénalités, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa première adhésion. Ce délai d'un an est renouvelé en cas de changement de niveau de garantie et en cas d'ajout ou de suppression de renfort optionnel demandé par l'adhérent. Dans ce cas, un nouveau bulletin d'adhésion est rempli et signé par l'adhérent.

La démission prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant. Le membre participant reste redevable de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la démission.

Toute demande de démission doit être adressée à la Mutuelle par lettre, par courriel ou tout autre moyen mentionné à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité.

ARTICLE 4-3 – RADIATION

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission ou dont les garanties ont pris fin dans les conditions mentionnées aux articles L. 221-17 et L. 221-7 du Code de la mutualité.

1. Cas particulier du décès

Le décès d'un membre participant entraîne sa radiation. Cette radiation prend effet au lendemain de la date de survenance de l'évènement. Pour que cette radiation puisse être prise en compte, une copie de l'acte de décès doit être transmise à la Mutuelle. Dans ce cadre, l'adhésion du membre participant prend fin.

Les ayants-droit du membre participant décédé peuvent solliciter le bénéfice de la garantie précédemment souscrite ou se voir proposer l'adhésion à une autre garantie répondant à leurs besoins.

Dès lors, les ayants-droit adhèrent au contrat mutualiste et prennent la qualité de membre participant de la Mutuelle.

2. Modification du risque

Conformément à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties en cas de survenance d'un des évènements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation ou de régime matrimonial,
- changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Il ne peut être mis fin à l'adhésion que si le risque garanti est en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouve pas dans la situation nouvelle. Autrement dit, le changement de situation doit nécessairement affecter le montant des cotisations ou le paiement des prestations.

Il peut également être mis fin à l'adhésion par le membre participant dans les cas particuliers suivants :

- adhésion à un contrat collectif obligatoire dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée (sur présentation d'une attestation d'appartenance à un contrat collectif obligatoire),
- bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS).

La radiation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. Elle est réalisée par lettre ou par courriel précisant la nature et la date de l'évènement invoqué, accompagnée des justificatifs correspondants.

Dans ce cadre, la fin de l'adhésion est soumise à la restitution des cartes de tiers payant remises par la mutuelle et prend effet au jour de réception de la demande (cachet de la poste faisant foi), sauf cas de la CSS où la date prise en compte est celle de la survenance de l'évènement.

3. Non-paiement des cotisations

La radiation du membre participant peut intervenir en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité et selon la procédure décrite à l'article 6-2 du présent règlement.

4. Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

La demande de radiation d'un ayant droit doit en principe être réalisée par lettre ou par courriel moyennant un délai de préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année.

A titre exceptionnel, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, le membre participant peut demander la radiation d'un ayant-droit en cours d'année, pour les cas suivants : séparation, décès, départ du foyer fiscal, mariage, adhésion à un contrat collectif obligatoire d'entreprise, bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS), souscription d'un contrat individuel auprès de la mutuelle.

Cette radiation sera effective à compter de la réception de la demande (cachet de la poste faisant foi). Une nouvelle carte de tiers payant, mettant à jour les ayants droit, sera éditée et envoyée à l'adhérent, qui devra restituer son ancienne carte de tiers payant à réception de la nouvelle.

Dans ce cadre, la garantie reste maintenue en qui concerne le membre participant et les autres bénéficiaires nommément désignés à la garantie.

ARTICLE 4-4 – CONSEQUENCES

Aucune prestation ne peut être servie après date d'effet de la démission, ou décision de suspension, radiation ou exclusion intervenant en application de l'article 11 des statuts, hormis celles pour lesquelles les conditions d'ouverture de droit étaient antérieurement réunies.

Toute sortie en cours de mois donne lieu au remboursement de la partie de cotisation concernant la période pendant laquelle le risque ne court plus.

TITRE II – COTISATIONS

Dispositions communes

ARTICLE 5 – DÉTERMINATION DES COTISATIONS

ARTICLE 5-1 – MONTANT DE LA COTISATION

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée notamment à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle. Selon la garantie souscrite, la cotisation annuelle est fixée en fonction de la composition familiale, de l'âge du membre, du régime obligatoire d'assurance maladie (régime général, régime Alsace-Moselle, régime spécial ou régime luxembourgeois) et du lieu de résidence au moment de l'appel de cotisation annuel. A cette cotisation peuvent s'ajouter, le cas échéant, celles dues au titre de contrats collectifs souscrits par la Mutuelle au bénéfice de ses membres, en application de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité ainsi que tous accessoires prévus par toute convention, ou par la législation et la réglementation en vigueur, tels que les impôts et les taxes. Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle de 23 euros. La cotisation est payable en une seule fois par chèque bancaire ou postal ou par virement, selon les modalités précisées dans le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 5-2 – LES COTISATIONS

La cotisation est déterminée par tranche d'âge ou millésime selon les garanties. Le passage au tarif de la tranche d'âge supérieure s'effectue au 1er janvier de l'année qui suit la date anniversaire de l'âge de référence du membre participant, tel que mentionné à l'annexe cotisation du présent règlement mutualiste.

L'âge de référence correspond à l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année N-1.

ARTICLE 5-3 – STRUCTURE STANDARD DES COTISATIONS

Pour les contrats prenant en compte les compositions familiales et les tranches d'âges, celles-ci se déclinent de la manière suivante :

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| - 1 assuré(e) | - couple : deux adultes |
| - 1 assuré(e) + 1 enfant à charge | - couple + 1 enfant à charge |
| - 1 assuré(e) + 2 enfants à charge | - couple + 2 enfants à charge |
| - 1 assuré(e) + 3 enfants à charge | - couple + 3 enfants et plus à charge |

Pour l'ensemble des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du troisième enfant et des suivants, régulièrement inscrits à La Mutuelle Familiale.

Pour les garanties de la gamme SANTÉHO, douze tranches d'âge sont instaurées :

- | | | |
|-------------------|------------------|------------------|
| - moins de 19 ans | - de 50 à 59 ans | - de 75 à 79 ans |
| - de 20 à 29 ans | - de 60 à 64 ans | - de 80 à 84 ans |
| - de 30 à 39 ans | - de 65 à 69 ans | - de 85 à 89 ans |
| - de 40 à 49 ans | - de 70 à 74 ans | - 90 ans et plus |

Pour la garantie COMPLÉTO, sept tranches d'âge sont instaurées :

- | | | |
|-------------------|------------------|------------------|
| - moins de 19 ans | - de 40 à 49 ans | - 70 ans et plus |
| - de 20 à 29 ans | - de 50 à 59 ans | |
| - de 30 à 39 ans | - de 60 à 69 ans | |

Pour les garanties de la gamme MINE, la structure des cotisations tient compte du régime de sécurité sociale d'affiliation et de la composition familiale :

- | | |
|------------------|------------------------|
| - famille mineur | - famille veuve mineur |
|------------------|------------------------|

Pour les garanties de la gamme FRONTEA, quinze tranches d'âge sont instaurées :

- | | | |
|-------------------------|------------------|----------------|
| - enfant jusqu'à 15 ans | - de 36 à 40 ans | de 61 à 65 ans |
| - de 16 à 19 ans | - de 41 à 45 ans | de 66 à 70 ans |
| - de 20 à 25 ans | - de 46 à 50 ans | de 71 à 75 ans |
| - de 26 à 30 ans | - de 51 à 55 ans | de 76 à 80 ans |
| - de 31 à 35 ans | - de 56 à 60 ans | plus de 80 ans |

Pour les garanties de la gamme LMF SANTE, seize tranches d'âge sont instaurées :

- | | | | |
|--------------------------|----------------|----------------|------------------|
| - Enfants jusqu'à 19 ans | - de 41-45 ans | - de 66-70 ans | - plus de 90 ans |
| - de 20-25 ans | - de 46-50 ans | - de 71-75 ans | |
| - de 26-30 ans | - de 51-55 ans | - de 76-80 ans | |
| - de 31-35 ans | - de 56-60 ans | - de 80-85 ans | |
| - de 36-40 ans | - de 61-65 ans | - de 85-90 ans | |

Pour les garanties de la gamme Campus, la cotisation retenue est unique au sein de chaque garantie composant la gamme :

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| - 6 € par mois pour Campus 1 | - 35,5 € par mois pour Campus 4 |
| - 12 € par mois pour Campus 2 | - 49,5 € par mois pour Campus 5 |
| - 27,5 € par mois pour Campus 3 | |

Pour les garanties de la gamme TERREA, seize tranches d'âge sont instaurées :

- | | | |
|---------------------------|----------------|----------------|
| - Enfants jusqu'à 19 ans* | - de 41-45 ans | - de 71-75 ans |
| - moins de 20 ans | - de 46-50 ans | - de 76-80 ans |

- | | | |
|----------------|----------------|------------------|
| - de 21-25 ans | - de 51-55 ans | - de 81-84 ans |
| - de 26-30 ans | - de 56-60 ans | - 85 ans et plus |
| - de 31-35 ans | - de 61-65 ans | |
| - de 36-40 ans | - de 66-70 ans | |

Pour les garanties de la gamme SOLEC, neuf tranches d'âge sont instaurées :

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| - Enfants jusqu'à 19 ans* | - de 50 à 59 ans |
| - moins de 20 ans | - de 60 à 69 ans |
| - de 20 à 29 ans | - de 70 à 79 ans |
| - de 30 à 39 ans | - de 80 ans et plus |
| - de 40 à 49 ans | |

* jusqu'à 28 ans sous réserve de remplir les conditions définies à l'article 6-1 des statuts

Pour l'ensemble des garanties individuelles fermées, douze tranches d'âges sont instaurées :

- | | | |
|------------------|------------------|------------------|
| - de 16 à 24 ans | - de 50 à 59 ans | - de 75 à 79 ans |
| - de 25 à 29 ans | - de 60 à 64 ans | - de 80 à 84 ans |
| - de 30 à 39 ans | - de 65 à 69 ans | - de 85 à 89 ans |
| - de 40 à 49 ans | - de 70 à 74 ans | - 90 ans et plus |

ARTICLE 6 – PAIEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 6-1 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est annuel. Les membres participants s'acquittent de son montant par chèque, carte ou virement bancaire. La première cotisation est payable à l'adhésion. Les autres cotisations doivent être payées à l'échéance annuelle.

Toutefois, le montant de la cotisation annuelle peut être réglé par fractionnement mensuel, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal.

Le règlement de la cotisation est nécessairement effectué par le biais d'un compte bancaire ou d'un instrument de paiement ouvert ou délivré par un organisme financier domicilié, enregistré ou établi dans l'Espace Economique Européen.

La cotisation doit alors être réglée aux dates et modalités prévues à l'échéancier, envoyé à chaque échéance annuelle à l'adhérent. Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation. Les cotisations sont dues terme à échoir.

La proratisation des cotisations est applicable dans les relations entre la Mutuelle et le membre participant.

Le dispositif de proratisation tient nécessairement compte des dates d'entrée et sortie du contrat en cours de mois pour le membre participant et, le cas échéant, pour ses ayants droit.

Dans ce cadre, le calcul de la cotisation mensuelle est effectué au 30ème du mois, quel que soit le nombre de jours dans le mois. Son montant est le produit des facteurs suivants : cotisation exprimée en mois plein et nombre de jours de présence sur le contrat, rapporté à la valeur de 30.

Les garanties d'assistance intégrées au présent contrat bénéficient des mêmes mesures.

ARTICLE 6-2 – DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une 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 garantie peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure du membre. Au cas où la cotisation annuelle a 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 est en droit de résilier la garantie au plus tôt 10 jours après la suspension de cette dernière. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai précédent, 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 est payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

ARTICLE 6-3 – FRAIS D'IMPAYÉS

En cas d'impayés, les frais afférents sont à la charge de l'adhérent.

TITRE III - PRESTATIONS ET SERVICES ASSOCIÉS

ARTICLE 7 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 7-1 – PRINCIPE DE REMBOURSEMENT

La nature, les montants et taux des prestations garanties figurent au tableau des prestations ci-annexé, faisant partie intégrante du présent règlement. Les prestations délivrées par la Mutuelle dépendent de la garantie choisie. Les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du régime obligatoire d'assurance maladie ne font pas l'objet d'un remboursement

complémentaire, sauf les prestations expressément décrites dans le règlement des garanties et figurant au tableau des prestations de la garantie choisie.

Les prestations non consommées, dans le cadre de l'année d'adhésion, ne font l'objet d'aucun report.

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements de frais de soins ont un caractère indemnitaire. L'indemnité due par la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais à la charge du membre participant.

La Mutuelle intervient pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et au Luxembourg, lorsque la garantie souscrite le prévoit et dans les conditions prévues au règlement de la garantie en annexe. Les frais engagés hors de France ou hors du Luxembourg sont pris en charge sous réserve que l'adhérent relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ou luxembourgeois et dans les limites prévues par le présent règlement. Le remboursement de la Mutuelle intervient alors en complément de celui du régime obligatoire français, sur présentation :

- de la facture mentionnant les actes dispensés traduits en français et le montant de la part laissée à la charge de l'adhérent exprimé en euros, lors d'un séjour dans un pays de l'EEE (Espace Économique Européen),
- du décompte du régime obligatoire français ou luxembourgeois lors d'un séjour dans un pays hors espace économique européen,
- pour les frais médicaux relatifs à des actes non remboursés par le régime obligatoire mais expressément pris en charge par la garantie de l'adhérent, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, traduite en français le cas échéant, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée.

ARTICLE 7-2 – BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES

Sauf disposition particulière précisée dans les dispositions spécifiques, les prestations sont servies pour :

- le membre participant,
- ses ayants droit, tels que définis par l'article 6-1 des statuts, inscrits sur le bulletin d'adhésion.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

ARTICLE 7-3 – OUVERTURE DES DROITS

A compter de la date d'adhésion, tous les actes décrits dans les dispositions spécifiques dont la date de référence est postérieure à la date d'effet sont remboursables :

- pour tous les actes faisant l'objet d'un décompte du régime obligatoire d'assurance maladie ; la date de référence étant la date de soins mentionnée sur ce décompte,
- pour les actes qui n'ont pas fait l'objet d'un décompte d'assurance maladie; les prestations ne sont versées que lorsque la date de prescription médicale se situe après la date d'effet de l'adhésion,
- pour les actes qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale; les prestations ne sont versées que si la date de soins ou d'achat se situe après la date d'effet d'adhésion.

ARTICLE 7-4 – CESSATION DES DROITS

Les droits du membre et de ses bénéficiaires cessent dans les conditions décrites à l'article 4-4 du présent règlement.

ARTICLE 7-5 – TÉLÉTRANSMISSION

La télétransmission résulte de conventions passées entre les organismes complémentaires et les caisses d'assurance maladie françaises, dans une démarche de simplification des délais de remboursement.

L'assurance maladie française transmet directement à la Mutuelle, par voie télématique, les informations contenues sur le bordereau après traitement de sa part.

Cette télétransmission est mise en place par la Mutuelle pour les assurés sociaux français, sauf refus exprès du membre participant.

Il appartient, néanmoins, à l'adhérent de s'assurer de son fonctionnement, au travers du remboursement de ses frais de soins de santé.

Pour les adhérents ayant déjà profité de la télétransmission avec un autre organisme complémentaire, celle-ci ne pourra être mise en place qu'après demande de radiation du précédent organisme complémentaire, formulée par l'adhérent concerné, auprès du Régime obligatoire d'assurance maladie.

En cas de changement de centre d'assurance maladie, il appartient à l'adhérent d'en avvertir la Mutuelle par l'envoi d'une copie de la nouvelle attestation Vitale.

La télétransmission ne peut trouver à s'appliquer en cas de soins effectués au Luxembourg

ARTICLE 7-6 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE

Les prestations n'ayant pas fait l'objet d'avance par tiers payant et n'ayant pas été traitées par voie télématique sont remboursées exclusivement sur présentation des originaux des décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie envoyés par l'adhérent ainsi que des originaux des factures acquittées. Les remboursements sont effectués par virement sur le compte courant de l'adhérent ou, à sa demande, sur le compte courant de son ayant droit de plus de 16 ans, ou à défaut par lettre chèque nominative adressée à son domicile.

L'adhérent est informé des prestations versées par l'envoi semestriel d'un bordereau récapitulatif. Il lui appartient de vérifier que les remboursements sont bien effectués. Les adhérents ont deux ans à compter de la date de soins pour demander le remboursement de leurs soins auprès de la mutuelle, conformément aux règles de prescription.

Passé ce délai, le montant de la prestation est considéré comme définitivement accepté par l'adhérent concerné.

En application des articles 1347 et suivants du code civil et dans un souci de bonne exécution du contrat mutualiste, la compensation est applicable dans les relations entre l'Adhérent et la Mutuelle.

A ce titre, les prestations versées par la Mutuelle peuvent être compensés avec les cotisations non réglées, sans préjudice des stipulations prévues à l'article 6-2.

La compensation est opérée à due concurrence des sommes respectivement dues.

ARTICLE 7-7 – JUSTIFICATIFS

Le paiement de certaines prestations peut être subordonné à l'envoi des justificatifs précisés dans le règlement des garanties en annexe.

ARTICLE 7-8 – TIERS PAYANT

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle signe directement ou indirectement des conventions de tiers payant avec des établissements de soins et des professionnels de santé.

La Mutuelle assure ainsi directement, dans la limite de la garantie souscrite, la prise en charge des frais engagés par le membre participant et ses bénéficiaires.

Conformément à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, sur les garanties obligatoirement prises en charge au titre des contrats responsables, les assurés peuvent bénéficier du mécanisme de tiers au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Lorsque la Mutuelle n'a pas signé de convention avec le professionnel de santé, la mise en œuvre du tiers payant est subordonnée à l'acceptation du professionnel de santé.

Une carte d'adhérent permettant de bénéficier du tiers payant auprès des prestataires de santé est adressée à chaque membre participant à jour de ses cotisations. Elle atteste des droits de l'adhérent, elle est strictement personnelle et ne peut être utilisée que si les cotisations de la période de couverture sont bien réglées.

En cas de cessation ou suspension du contrat mutualiste, le membre participant est tenu de retourner sa carte de Tiers payant à la Mutuelle. Toute utilisation de la carte de tiers payant pendant une de ces périodes est frauduleuse. La Mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre tout contrevenant.

ARTICLE 7-9 – RECOURS SUBROGATOIRE ACCIDENT

En cas d'accident, le membre participant s'engage à informer la Mutuelle dès lors que les frais pour lesquels le remboursement est demandé sont liés à la responsabilité d'un tiers.

Pour le paiement de ce type de prestations, La Mutuelle Familiale est subrogée de plein droit à l'adhérent victime de l'accident dans son action contre le tiers responsable.

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

ARTICLE 7-10 – FORCLUSION

Les décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie et les factures acquittées doivent être remis dans un délai maximum de deux ans à la Mutuelle. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement. La date prise en compte pour l'examen de ce délai sera celle de la date de soins figurant au document justificatif.

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 8 – DÉLAI DE PRESCRIPTION

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du contrat mutualiste est prescrite 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 participant, que du jour où La Mutuelle Familiale 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 participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union 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 mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, y compris en référé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- un acte d'exécution forcée,

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation. Le recommandé électronique doit être envoyé par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'adresse suivante : courrierAR@mutuelle-familiale.fr

ARTICLE 9 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

La Mutuelle Familiale s'engage à respecter les dispositions légales et réglementaires prévues par la loi n°78-17 « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et par le Règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016.

Dans le cadre de ses missions, La Mutuelle Familiale est amenée à recueillir et traiter des données à caractère personnel sur le fondement de l'exécution du contrat pour les finalités suivantes :

- l'exercice du devoir de conseil impliquant le recueil des besoins exprimés par l'assuré,
- la passation, la gestion et l'exécution du contrat,
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations,
- la gouvernance de la Mutuelle.

Ces données à caractère personnel pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale avec l'accord de ses membres participants.

Ces données sont destinées à la Mutuelle, aux éventuels délégués de gestion, réassureurs et partenaires, le cas échéant.

Chaque adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les données le concernant. Ce droit s'exerce auprès du Délégué à la Protection des Données par courrier postal à l'adresse suivante : 52 rue d'Hauteville, 75010 Paris ou sur l'adresse mail : donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr.

L'adhérent a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : CNIL, 3 Place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 ou www.cnil.fr.

Plus d'informations sur www.mutuelle-familiale.fr/politique-de-confidentialite.

ARTICLE 10 – RÉCLAMATIONS, MÉDIATION

ARTICLE 10-1 – RÉCLAMATION

La Mutuelle Familiale met en œuvre tous les moyens nécessaires pour satisfaire les demandes de ses membres via son réseau de conseillers mutualistes et de gestionnaires.

Les membres participants peuvent néanmoins en cas d'insatisfaction formuler une réclamation en écrivant au service demandes adhérents :

- soit par courriel à reclamations@mutuelle-familiale.fr,
- soit par voie postale à l'attention de : La Mutuelle Familiale – Service demandes adhérents –52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10.

Le membre recevra accusé de réception de sa réclamation, sous 10 jours ouvrables au plus tard à compter de sa réception, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, l'adhérent recevra une réponse du Service réclamations et qualité adhérent au plus tard 2 mois après la date de réception de sa demande.

ARTICLE 10-2 – MÉDIATION

Conformément au processus de médiation prévu au titre I du livre VI du Code de la consommation, après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai maximal d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- soit en ligne sur le site du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>,
- soit par voie postale à l'attention de :

Monsieur le médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard,
75719 Paris Cedex 15.

Le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine, sauf demande complexe.

Si le réclamant n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

La saisine du Médiateur suspend les délais de prescription de l'action en justice pendant la durée de la médiation.

TITRE V – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES

ARTICLE 11 – GARANTIE ASSURÉE PAR LA MUTUELLE ET SERVICES

ARTICLE 11-1 – PRESTATION SOLIDARITE FAMILIALE

La Mutuelle Familiale offre à l'ensemble de ses adhérents individuels, une prestation additionnelle à leur garantie frais de santé, intitulée : « Solidarité familiale ».

Cette prestation offre la possibilité aux membres participants de faire bénéficier leurs ayants-droit, régulièrement inscrits au bénéfice de la garantie, de 10 jours de chambre individuelle, tout au plus, en cas d'hospitalisation ; ces jours ne devant pas avoir été consommés au titre de l'année d'adhésion.

Cette demande, réalisée par écrit, doit être adressée au Service Prestations de la Mutuelle Familiale, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

ARTICLE 11-2 – RESEAU DE SOINS

Les réseaux de soins favorisent l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. A ce titre, la Mutuelle Familiale a conclu une convention avec le réseau KALIVIA, en vue de faire bénéficier ses membres participants de la qualité des services et prestations de celui-ci. Les membres participants ont le libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé auquel ils souhaitent recourir et demeurent égaux aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins.

La Mutuelle Familiale tient à votre disposition sur simple demande les modalités de ce conventionnement.

Ce service n'est pas disponible pour les soins effectués au Luxembourg.

ARTICLE 12 – GARANTIES NON REGIES PAR LE PRESENT REGLEMENT

ARTICLE 12-1 – ASSISTANCE

Conformément à l'article L. 221-3 du code de la mutualité, des garanties d'assistance vie quotidienne sont souscrites par la Mutuelle au bénéfice de l'ensemble de ses membres participants (sauf adhérents COMPLETEO). Ces garanties intégrées aux contrats santé sont assurées par Filassistance international, entreprise régie par le code des assurances, sise 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX, n° RCS 433 012 689.

En tout état de cause, les prestations d'assistance ne sont déclenchées qu'avec l'accord préalable du prestataire qui apprécie leur application pour ce qui concerne la durée et le montant de leur prise en charge selon la gravité de l'événement et de la situation. Les conditions d'application de celles-ci font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

ARTICLE 12-2 – GARANTIES DE PRÉVOYANCE

Les adhérents de La Mutuelle Familiale peuvent souscrire des garanties de prévoyance souscrites en intermédiation auprès des organismes d'assurance suivants :

- CNP IAM – 383 24 189 RCS Paris et CNP Assurances –341737062 RCS Paris, régies par le Code des assurances – 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.
- MFPrévoyance, entreprise régie par le code des assurances, sise 4, place Raoul Dautry 75015 Paris, n° RCS 507 648 053.
- SA OCIRP VIE -339688608RCSParis, régie par le Code des assurances – 10, rue Cambacérès - 75008 PARIS.
- MUTUELLE GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE -RNM 337 682 660, mutuelle soumise aux dispositions du Livre2 du Code de la mutualité - 39, rue du Jourdil-74960 CRAN– GEVRIER.
- MUTUELLE DE FRANCE PRÉVOYANCE – RNM 383 143 617, mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du Code de la mutualité - 447, avenue de Joucques– BP 1401 – 13785 AUBAGNE Cedex.
- MUTUELLE ATLANTIQUE DE PRÉVOYANCE, RNM 388 818 908, mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du Code de la mutualité –1 rue Pierre Charreau – Les Diversités - 33000 BORDEAUX.

ARTICLE 12-3 – COMPLÉMENT RETRAITE MUTUALISTE (COREM)

Dans le cadre du contrat collectif conclu entre La Mutuelle Familiale et l'Union Mutualiste Retraite (UMR), union soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au Registre national des mutuelles sous le numéro 442 294 856, dont le siège social est sis 255, rue de Vaugirard – 75015 PARIS

- l'adhérent,
- et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s), majeur(s), peuvent, jusqu'à l'âge de 69 ans, adhérer au régime COREM qui a pour objet le service d'un complément retraite par points. Ce régime donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du régime figurent dans une notice d'information remise aux adhérents.

ARTICLE 12-4 – GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES

Selon la garantie santé souscrite, une garantie frais d'obsèques à titre facultatif peut bénéficier aux membres participants.

Cette prestation est assurée par l'un des partenaires suivants de la Mutuelle Familiale :

- MFPrévoyance, entreprise régie par le code des assurances, sise 4, place Raoul Dautry 75015 Paris , n° RCS 507 648 053 ;
- Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité, sise 39 rue du Jourdil - Cran-Gevrier - CS 99050 - 74992 Annecy Cedex 9, INSEE n°337 682 660.

La garantie Frais d'obsèques peut également bénéficier aux membres honoraires de la Mutuelle. Dans ce cas, cette prestation est assurée par MFPrévoyance.

En tout état de cause, cette prestation n'est déclenchée qu'avec l'accord préalable du prestataire concerné qui en apprécie son application. Ses conditions d'application font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

ARTICLE 13 – ALLOCATION DE FIDÉLITÉ

Une prime de fidélité correspondant à un mois de cotisation bénéficie aux adhérents ayant atteint 40 ans d'ancienneté à la Mutuelle Familiale. Cette prime, déduite en une seule fois ne s'applique que lorsque l'adhérent est membre de La Mutuelle Familiale, l'année suivant celle de son 40ème anniversaire d'adhésion, sans rétroactivité pour les adhérents ayant dépassé ce cap au sein d'une mutuelle ayant fusionné avec La Mutuelle Familiale.

ARTICLE 14 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Le présent règlement mutualiste est complété des annexes associées aux garanties souscrites. Ces documents sont disponibles sur le site Internet <https://www.mutuelle-familiale.fr/>. Ils peuvent être également envoyés aux adhérents sur simple demande.



STATUTS

Mise à jour approuvée à l'Assemblée générale du 17 mai 2022

Table des matières

| | |
|---|----|
| Préambule..... | 4 |
| TITRE I – FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE | 4 |
| CHAPITRE I – FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE | 4 |
| ARTICLE 1 – DÉNOMINATION, SIÈGE, STRUCTURES DE GROUPE..... | 4 |
| ARTICLE 2 – OBJET DE LA MUTUELLE | 4 |
| ARTICLE 3 – RÈGLEMENT INTÉRIEUR | 4 |
| ARTICLE 4 – RÈGLEMENT MUTUALISTE | 5 |
| ARTICLE 5 – RESPECT DE L’OBJET DES MUTUELLES | 5 |
| CHAPITRE II – CONDITIONS D’ADHÉSION, DE RÉSILIATION, DE RADIATION ET D’EXCLUSION..... | 5 |
| SECTION 1 – CONDITIONS D’ADHÉSION | 5 |
| ARTICLE 6 – ADHÉRENTS | 5 |
| ARTICLE 7 – MODALITÉS D’ADHÉSION | 5 |
| ARTICLE 8 – RÉSERVÉ | 6 |
| ARTICLE 9 – DÉMISSION | 6 |
| ARTICLE 10 – RADIATION | 6 |
| ARTICLE 11 – EXCLUSION | 6 |
| ARTICLE 12 – CONSÉQUENCES DE LA DÉMISSION, DE LA RADIATION ET DE L’EXCLUSION | 6 |
| TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE | 7 |
| CHAPITRE I – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE | 7 |
| ARTICLE 13 – SECTIONS DE VOTE..... | 7 |
| ARTICLE 14 – COMPOSITION DE L’ASSEMBLÉE GÉNÉRALE | 7 |
| ARTICLE 15 – ÉLECTION PARTIELLE | 7 |
| ARTICLE 16 – CONVOCATION..... | 7 |
| ARTICLE 17 – MODALITÉS DE CONVOCATION | 7 |
| ARTICLE 18 – ORDRE DU JOUR..... | 8 |
| ARTICLE 19 – COMPÉTENCES DE L’ASSEMBLÉE GÉNÉRALE | 8 |
| ARTICLE 20 – MODALITÉS DE VOTE DE L’ASSEMBLÉE GÉNÉRALE..... | 8 |
| ARTICLE 21 – DÉCISIONS DE L’ASSEMBLÉE GÉNÉRALE | 9 |
| ARTICLE 22 – RÉSERVÉ | 9 |
| CHAPITRE II – CONSEIL D’ADMINISTRATION | 9 |
| SECTION 1 – COMPOSITION, ÉLECTION..... | 9 |
| ARTICLE 23 – COMPOSITION..... | 9 |
| ARTICLE 24 – CANDIDATURES - CONDITIONS D’ÉLIGIBILITÉ | 9 |
| ARTICLE 25 – ÉLECTION..... | 10 |
| ARTICLE 26 – RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D’ADMINISTRATION | 10 |
| ARTICLE 27 – VACANCE..... | 10 |
| SECTION 2 – RÉUNIONS DU CONSEIL D’ADMINISTRATION | 10 |
| ARTICLE 28 – RÉUNIONS DU CONSEIL D’ADMINISTRATION | 10 |
| ARTICLE 29 – REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D’ADMINISTRATION | 10 |
| ARTICLE 30 – DÉLIBÉRATION DU CONSEIL D’ADMINISTRATION | 11 |
| ARTICLE 31 – RÉSERVÉ | 11 |
| SECTION 3 – ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D’ADMINISTRATION | 11 |
| ARTICLE 32 – COMPÉTENCES DU CONSEIL D’ADMINISTRATION | 11 |
| ARTICLE 33 – DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS | 11 |
| SECTION 4 – STATUT DES ADMINISTRATEURS | 11 |
| ARTICLE 34 – INDEMNISATION | 11 |
| ARTICLE 35 – REMBOURSEMENT DE FRAIS..... | 11 |
| ARTICLE 36 – INTERDICTION | 12 |
| ARTICLE 37 – RESPONSABILITÉ CIVILE DES ADMINISTRATEURS | 12 |
| CHAPITRE III – PRÉSIDENT ET BUREAU..... | 12 |
| SECTION 1 – ÉLECTION ET MISSIONS DU PRÉSIDENT | 12 |
| ARTICLE 38 – ÉLECTION DU PRÉSIDENT | 12 |
| ARTICLE 39 – VACANCE DÉFINITIVE DU PRÉSIDENT | 12 |
| ARTICLE 40 – RÉSERVÉ | 12 |

| | |
|--|----|
| ARTICLE 41 – MISSIONS DU PRÉSIDENT | 12 |
| SECTION 2 – ÉLECTION, COMPOSITION DU BUREAU ET ATTRIBUTIONS DES ADMINISTRATEURS MEMBRES DU BUREAU ... | 12 |
| ARTICLE 42 – ÉLECTION DU BUREAU | 12 |
| ARTICLE 43 – LE VICE-PRÉSIDENT..... | 13 |
| ARTICLE 44 – MISSIONS ET RÔLE DU BUREAU | 13 |
| CHAPITRE IV – AUTRES MANDATAIRES | 13 |
| ARTICLE 45 – STATUT DE MANDATAIRE MUTUALISTE | 13 |
| CHAPITRE V – ORGANISATION RÉGIONALE DE LA MUTUELLE | 13 |
| ARTICLE 46 – RÉGIONS..... | 13 |
| ARTICLE 47 – ENTREPRISES | 13 |
| ARTICLE 48 – RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DES COMITÉS D’ANIMATION MUTUALISTE (RÉGIONS ET ENTREPRISES) | 14 |
| CHAPITRE VI – ORGANISATION FINANCIÈRE | 14 |
| SECTION 1 – RECETTES ET DÉPENSES | 14 |
| ARTICLE 49 – RECETTES..... | 14 |
| ARTICLE 50 – DÉPENSES | 14 |
| SECTION 2 – RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE | 14 |
| ARTICLE 51 – RAPPORT SUR LA GESTION..... | 14 |
| ARTICLE 52 – SYSTÈME FÉDÉRAL DE GARANTIE..... | 14 |
| SECTION 3 – DISPOSITIF DE CONTRÔLE ET COMMISSAIRES AUX COMPTES | 14 |
| ARTICLE 53 – COMITÉ D’AUDIT | 14 |
| ARTICLE 54 – COMMISSAIRES AUX COMPTES | 14 |
| SECTION 4 – FONDS D’ÉTABLISSEMENT | 15 |
| ARTICLE 55 – MONTANT DU FONDS D’ÉTABLISSEMENT | 15 |
| TITRE III – INFORMATION DES MEMBRES DE LA MUTUELLE | 15 |
| ARTICLE 56 – INFORMATION AUX ADHÉRENTS | 15 |
| ARTICLE 57 – RÉSERVÉ | 15 |
| TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES | 15 |
| ARTICLE 58 – DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION | 15 |
| ARTICLE 59 – MISE A DISPOSITION DES STATUTS | 15 |

Préambule

La Mutuelle Familiale, créée en 1937, n'a pas de but lucratif. Elle agit pour le développement moral, intellectuel et physique de ses membres, en déployant cinq missions : protéger, prévenir, aider, soigner et solidariser.

Elle promeut auprès de ses membres la défense d'un système de protection sociale solidaire à même de prendre en charge durablement les besoins de santé et de prévention de toute la population, dans le cadre d'une solidarité interprofessionnelle et intergénérationnelle à laquelle elle réaffirme son attachement.

Elle œuvre au renforcement des prises en charge des soins et de la prévention par le régime obligatoire, à même de garantir l'accès aux soins de qualité pour tous et le recul des inégalités sanitaires, sociales et territoriales.

TITRE I – FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I – FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1 – DÉNOMINATION, SIÈGE, STRUCTURES DE GROUPE

ARTICLE 1-1 – DÉNOMINATION

Les présents statuts sont applicables dans les relations entre la Mutuelle et ses membres participants. La mutuelle est dénommée : « LA MUTUELLE FAMILIALE » et a la qualité de personne morale de droit privé à but non lucratif.

Elle est régie par le Livre II du Code de la mutualité et est immatriculée au répertoire SIREN sous le n°784 442 915.

ARTICLE 1-2 – SIÈGE DE LA MUTUELLE

Son siège est établi au 52, rue d'Hauteville 75010 PARIS. Il pourra être modifié sur décision du Conseil d'administration, ratifiée par l'Assemblée générale suivante.

ARTICLE 1-3 – CRÉATION ET/OU ADHÉSION A DES STRUCTURES DE GROUPE

La Mutuelle Familiale peut participer à la création d'une Union de Groupe Mutualiste (UGM), ou adhérer à une telle union, sur décision de l'Assemblée générale. Il en est de même pour les Unions Mutualistes de Groupe (UMG), dans les mêmes conditions, ainsi que pour l'adhésion à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM), à une Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale (SGAPS), à un Groupement d'Assurance Mutuelle (GAM) (article L. 322-1-5 du Code des assurances) ou à un Groupement Assurantiel de Protection Sociale (GAPS) (article R. 931-2-1 du Code de la Sécurité Sociale).

ARTICLE 2 – OBJET DE LA MUTUELLE

La Mutuelle a pour objet, directement ou indirectement, de :

- couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie (branches 1 et 2),
- contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (branche 20),
- contracter des engagements liés à la natalité ou la nuptialité de ses membres (branche 21),
- accepter les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance,
- se substituer, à leur demande, à d'autres mutuelles pour les engagements mentionnés ci-dessus dans les conditions prévues au livre II du Code de la mutualité,
- mettre accessoirement en œuvre une action sociale, ou gérer des réalisations sanitaires et sociales, dans les conditions et limites définies par l'article L. 111-1 III du Code de la mutualité,
- assurer à titre accessoire 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, en perte d'autonomie ou handicapées.

Elle peut souscrire toute convention d'assurance garantissant ses membres participants et leurs ayants droit à titre obligatoire dans le cadre de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité ou à titre facultatif.

La mutuelle peut, conformément aux dispositions de l'article L. 116-2 du Code de la mutualité, recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Elle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance et ce, dans le respect des exigences de l'article L.116-1 du Code de la Mutualité.

Elle peut, pour les contrats collectifs qu'elle assure, déléguer de manière totale ou partielle, la gestion des prestations et/ou cotisations selon les principes fixés par l'Assemblée générale.

ARTICLE 3 – RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur établi par le Conseil d'administration précise ou complète les conditions d'application des présents statuts. Tous les membres participants s'engagent à respecter les présents statuts.

Le Conseil d'administration est compétent pour apporter au règlement intérieur des modifications dont il fixe la date d'effet.

Ces modifications seront communiquées à l'Assemblée générale suivante.

ARTICLE 4 – RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le règlement mutualiste adopté par le Conseil d'administration, détermine le fonctionnement du régime des opérations individuelles et définit à ce titre, le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les cotisations et les prestations dans le cadre de contrats collectifs souscrits auprès de la Mutuelle ou souscrits par elle au profit d'une partie ou de l'ensemble de ses membres participants et/ou de leurs ayants droit, sont définies par ces contrats eux-mêmes et par les notices d'information correspondantes.

ARTICLE 5 – RESPECT DE L'OBJET DES MUTUELLES

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité, tel que le définit l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

CHAPITRE II – CONDITIONS D'ADHÉSION, DE RÉSILIATION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 – CONDITIONS D'ADHÉSION

ARTICLE 6 – ADHÉRENTS

Sont adhérents à La Mutuelle Familiale, des membres participants et des membres honoraires.

ARTICLE 6-1 – MEMBRES PARTICIPANTS

Les membres participants sont les personnes physiques de plus de 16 ans qui bénéficient des prestations de la mutuelle, à laquelle ils ont adhéré, et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, moyennant le paiement d'une cotisation annuelle.

Sont également considérés membres participants, les personnes salariés ou membres d'une personne morale, souscriptrice d'un contrat collectif auprès de la Mutuelle, en vue de les faire bénéficier de garanties. Dans ce cadre, les engagements contractuels qui résultent du contrat collectif sont définis par une notice d'information.

AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit d'un membre participant :

- son conjoint ou concubin ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité et ses enfants à charge,
- les enfants des membres participants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28ème anniversaire dès lors qu'ils relèvent d'une des situations suivantes :
 - o handicapés sur présentation de la carte d'invalidité ou de la notification d'attribution de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH),
 - o étudiants sur présentation de la carte d'étudiant,
 - o apprentis sous contrat salarié ou relevant d'un contrat salarié de qualification ou d'insertion, sur présentation du contrat,
 - o sans activité vivant sous le toit du membre participant et sur présentation de l'attestation de Pôle Emploi, adressée chaque trimestre.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport aux membres participants qui leur ouvrent des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

ARTICLE 6-2 – MEMBRES HONORAIRES

La Mutuelle peut admettre des membres honoraires conformément à l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.

Les membres honoraires sont soit :

- des personnes physiques
- des personnes morales souscriptrices d'un contrat collectif et qui en font la demande (leur adhésion est admise par le Conseil d'administration)

qui s'acquittent d'une cotisation fixée dans le règlement mutualiste sans bénéficier des prestations de la mutuelle.

ARTICLE 7 – MODALITÉS D'ADHÉSION

ARTICLE 7-1 – ADHÉSION INDIVIDUELLE

L'engagement réciproque du membre participant de la mutuelle ou de l'union résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

Avant la conclusion de tout contrat individuel, l'adhérent reçoit un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste complété de ses annexes.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions de l'ensemble de ces dispositions.

ARTICLE 7-2 – ADHÉSION DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF A CARACTÈRE OBLIGATOIRE OU FACULTATIF

En ce qui concerne les contrats collectifs, la Mutuelle remet avant toute souscription, une proposition de contrat.

Une notice d'information établie par la Mutuelle est également remise au souscripteur, lequel est tenu de la remettre à chaque membre participant bénéficiant du contrat.

ARTICLE 7-2-1 OPERATIONS COLLECTIVES FACULTATIVES

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion, laquelle emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis au contrat écrit conclu entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle ainsi que de la notice d'information qui l'accompagne.

ARTICLE 7-2-2 OPERATIONS COLLECTIVES OBLIGATOIRES

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat souscrit par l'employeur et la Mutuelle, et ce, en application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

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

ARTICLE 7-2-3 OPERATIONS COLLECTIVES OBLIGATOIRES OU FACULTATIVES DANS LE CADRE D'UN CONTRAT DE COASSURANCE

Lorsque le contrat collectif est coassuré par la Mutuelle et d'autres mutuelles et unions, il détermine la mutuelle auprès de laquelle chaque personne physique adhérant au contrat collectif coassuré devient membre participant. Ainsi, la Mutuelle sera amenée à verser des prestations au titre du contrat collectif coassuré, à des personnes physiques adhérant au contrat collectif non membres participants de la Mutuelle ainsi que le cas échéant, à leurs ayants droit.

ARTICLE 7-2-4 INTERMÉDIATIONS COLLECTIVES OBLIGATOIRES OU FACULTATIVES

Lorsque la Mutuelle traite avec un intermédiaire désigné par une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif, la Mutuelle informe cette dernière du montant et du destinataire de la rémunération versée.

ARTICLE 8 – RÉSERVÉ

SECTION 2 – DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 9 – DÉMISSION

La résiliation par un membre participant de la totalité des prestations servies par la Mutuelle, dans les délais et formes prévues au règlement mutualiste ou aux contrats collectifs facultatifs, entraîne de plein droit la démission de la Mutuelle ainsi que la perte de sa qualité d'adhérent.

La démission d'un membre honoraire personne physique, dans les délais et formes prévues au règlement mutualiste, entraîne de plein droit la démission de la Mutuelle ainsi que la perte de sa qualité d'adhérent.

Pour les membres participants qui adhèrent à la Mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif, la démission résulte du non-renouvellement du contrat collectif par la personne morale souscriptrice, dans les conditions définies au contrat collectif.

ARTICLE 10 – RADIATION

La radiation d'un membre participant est prononcée par la Mutuelle lorsque les conditions d'admission prévues aux présents statuts ne sont plus remplies ou lorsque les garanties ont pris fin dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-17 du Code de la mutualité.

La radiation des membres participants est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par la mutuelle au souscripteur du contrat.

Sont également radiés, les membres honoraires qui n'ont pas acquitté leur cotisation dans un délai de 3 mois suivant l'échéance.

ARTICLE 11 – EXCLUSION

Peuvent être exclus, les membres participants ou honoraires qui auraient volontairement causé un préjudice dûment constaté aux intérêts de la Mutuelle.

L'exclusion est prononcée par le Conseil d'administration, puis notifiée au membre. Elle prend effet à la date de cette notification.

Le membre exclu peut demander à être reçu par le Conseil d'administration pour contester devant ce dernier la décision prise.

ARTICLE 12 – CONSÉQUENCES DE LA DÉMISSION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

La démission, la radiation et l'exclusion entraînent la perte de la qualité de membre participant ou honoraire.

Par ailleurs, aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, hormis celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies et ce sans préjudice des stipulations du règlement mutualiste ou du contrat collectif.

La démission ne donne droit à aucun remboursement de cotisations. La radiation n'ouvre droit à remboursement que dans les cas prévus à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, en cas de décès ou de complémentaire santé solidaire (CSS). La fin de l'adhésion entraîne pour l'adhérent et ses ayants-droit la restitution des cartes d'ouverture de droits.

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 – COMPOSITION, DÉLÉGUÉS, SECTIONS DE VOTE

ARTICLE 13 – SECTIONS DE VOTE

Tous les membres participants et honoraires sont répartis en sections de vote départementales, regroupées par région, conformément à l'organisation régionale de la mutuelle.

Le nombre de délégués par section de vote est défini en fonction du nombre de membres de chaque section à raison d'un barème par tranches d'effectif.

L'étendue, la composition et l'organisation des sections sont fixées par le Conseil d'administration en fonction de la situation géographique, de la nature de l'opération (individuelle ou collective) et de la qualité des membres (honoraires ou participants) de la Mutuelle. Ces sections de vote sont précisées dans le règlement intérieur.

Il est ainsi constitué trois sections de vote : la section des « individuels », la section « collectives » et la section des « membres honoraires ». Trois collèges correspondant aux mêmes critères sont également mis en place.

L'organisation des sections de vote et des collèges ne peut aboutir à ce que les membres participants ou honoraires relèvent de plusieurs sections de vote.

ARTICLE 14 – COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée générale est composée de 200 délégués maximum élus parmi les membres participants et honoraires de la mutuelle, représentant chaque section de vote de la mutuelle.

L'Assemblée générale pourra déléguer au Conseil d'administration la répartition du nombre de délégués par sections de votes et ses modifications éventuelles pour tenir compte de l'évolution du nombre de participants, dans la limite de 200 délégués. Le Conseil d'administration rend compte de ses décisions en la matière à l'Assemblée générale.

Pour être candidat à l'élection des délégués, il faut être membre participant ou honoraire de la mutuelle à jour de ses cotisations. Les délégués sont élus pour une durée de six ans.

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

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué d'une section, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant de la même section venant à l'ordre de suppléance, ci-avant, défini. Le délégué suppléant devient délégué et il achève le mandat de son prédécesseur.

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale. Il peut donner ou recevoir procuration dans les limites fixées à l'article 20 des présents statuts.

L'élection des délégués a lieu par correspondance ou par tout autre moyen, notamment par vote électronique, suivant le mode de scrutin uninominal majoritaire à un tour.

ARTICLE 15 – ÉLECTION PARTIELLE

En cas de fusion entre La Mutuelle Familiale et une autre mutuelle, une élection partielle de délégués est organisée pour les adhérents issus de la mutuelle absorbée dans les six mois qui suivent la publication de l'arrêté de fusion.

Le nombre de délégués à élire sera déterminé suivant la règle prévue par [l'article 14 des présents statuts](#) et par le règlement intérieur de La Mutuelle Familiale et fera l'objet d'une délibération du Conseil d'administration constatant le nombre ainsi déterminé.

Le mandat des délégués élus court alors jusqu'à la prochaine élection générale.

ARTICLE 16 – CONVOCATION

L'Assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration. 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 de désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Elle peut également être convoquée dans les conditions visées à l'article L. 114-8 du Code de la mutualité.

ARTICLE 17 – MODALITÉS DE CONVOCATION

Les délégués sont convoqués par écrit, par le Président du Conseil d'administration au moins 15 jours avant la date de la tenue de l'Assemblée générale, dans les conditions prévues par les articles D. 114-1 et suivants du Code de la mutualité.

La convocation contient nécessairement l'ordre du jour de la réunion.

Lorsqu'une Assemblée générale n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde Assemblée peut être convoquée six jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. La convocation de cette seconde Assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

ARTICLE 18 – ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution dans les conditions définies à l'article L. 114-8 du Code de la mutualité et les faire parvenir par lettre recommandée avec accusé de réception au Président du Conseil d'administration, au moins cinq jours avant la date de réunion.

ARTICLE 19 – COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée générale ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et le cas échéant, à leur révocation. Elle peut également prendre toutes les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la Mutuelle et à respecter les règles prudentielles.

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

- a) Les modifications des statuts ;
- b) Les activités exercées ;
- c) Le montant des droits d'adhésion, lorsqu'ils sont prévus par les statuts ; ce montant ne peut varier que dans des limites fixées par décret ; en tout état de cause, il est le même pour toutes les adhésions de l'exercice ;
- d) Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité ;
- e) Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité ;
- f) L'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la mutuelle ou de l'union, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité ;
- g) Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- h) L'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité ;
- i) Le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- j) Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- k) Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion ;
- l) Le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité ;
- m) Le rapport du Conseil relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III, auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 du Code de la mutualité.

ARTICLE 20 – MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 20-1 – DÉLIBÉRATIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE NÉCESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITÉ RENFORCÉE

Lorsqu'elle se prononce sur :

- la modification des statuts,
- les activités exercées,
- toute décision de transfert de portefeuille, en acceptation comme en cession,
- les principes directeurs en matière de réassurance,
- les règles générales en matière d'opérations collectives,
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité,
- la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une mutuelle dédiée,

L'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

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

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés des délégués présents ou représentés ayant fait usage du vote par procuration.

ARTICLE 20-2 – DÉLIBÉRATIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE NÉCESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITÉ SIMPLE

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées à l'article 20-1 ci-dessus, l'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du nombre total de délégués. A défaut, une seconde Assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés des délégués présents ou représentés ayant fait usage du vote par procuration.

ARTICLE 20-3 – PROCURATION

Conformément à la loi n° 2008-776 du 4 août 2008, les délégués ne pouvant être présents à l'Assemblée générale peuvent donner mandat à un autre délégué pour voter en leur nom les délibérations figurant à l'ordre du jour et toutes autres délibérations qui seraient proposées au cours de l'Assemblée générale conformément aux règles légales. Un délégué à l'Assemblée générale ne peut être porteur de plus de trois procurations, soit un nombre total de quatre mandats en comptant le sien.

ARTICLE 21 – DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres, sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et aux dispositions du Code de la mutualité.

ARTICLE 22 – RÉSERVÉ

CHAPITRE II – CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 – COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 23 – COMPOSITION

La mutuelle est administrée par un Conseil d'administration dont les membres sont élus à bulletin secret par les délégués à l'Assemblée générale.

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

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

Le nombre d'administrateurs, fixé par délibération de l'Assemblée générale, est de vingt-sept (27) administrateurs maximum. Conformément à l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il ne peut être inférieur à dix (10).

Le conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes, la proportion d'administrateurs de chaque sexe ne pouvant être inférieure à 40% de la totalité des membres, dans les conditions visées à l'article L. 114-16-1 du code de la mutualité.

Le nombre des membres du Conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'administration. Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge, entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé.

Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

ARTICLE 24 – CANDIDATURES - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

ARTICLE 24-1 – PRÉSENTATION DES CANDIDATURES

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

Un dossier de candidature lui sera adressé qui devra être retourné dûment complété, accompagné d'un résumé de carrière professionnelle ainsi que de la liste des mandats électifs détenus dans d'autres structures mutualistes, au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception trente jours francs au moins avant la date de l'Assemblée ou déposée contre récépissé audit siège, dans le même délai.

Le bureau actera de la recevabilité réglementaire des candidatures.

Il est créé un comité de candidatures composé de l'ensemble des membres du bureau.

Ce comité est chargé de déterminer le nombre d'administrateurs femmes et le nombre d'administrateurs hommes requis conformément à l'article L. 114-16-1 du code de la mutualité.

Il est chargé de veiller au respect des conditions d'éligibilité des candidats. De façon générale, il est chargé de susciter des candidatures si besoin.

ARTICLE 24-2 – CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Est éligible au Conseil d'administration, tout membre de la Mutuelle, dès lors :

- qu'il est à jour de ses cotisations,
- qu'il est âgé de 18 ans révolus,
- qu'il n'a fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- qu'il n'a pas été, au cours des trois années précédant l'élection, salarié de la Mutuelle ou de personnes morales avec lesquelles cette dernière constitue un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité.

En outre, tout candidat au poste d'administrateur devra prendre connaissance des engagements de la charte de l'administrateur approuvée par l'Assemblée générale. Le candidat devra avoir manifesté son approbation à respecter la charte s'il est élu en la retournant signée dans son dossier de candidature.

ARTICLE 25 – ÉLECTION

ARTICLE 25-1 – MODALITÉS DE L'ÉLECTION

Conformément aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'Assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à un tour ; dans le cas où des candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

ARTICLE 25-2 - DURÉE DU MANDAT

Les administrateurs sont élus pour une durée de six ans ; ils sont renouvelables par tiers tous les deux ans. Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonctions dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat à l'issue de l'Assemblée générale qui statue sur les comptes de l'exercice écoulé.

ARTICLE 25-3 – DÉMISSION

Les administrateurs sont constatés démissionnaires d'office par le Conseil d'administration :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- lorsqu'ils ont atteints la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 23 des présents statuts,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul des mandats (ils présentent alors leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article),
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- en cas d'incapacité ou incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire.

ARTICLE 25-4 - RÉVOCATION

Les administrateurs peuvent être révoqués par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration en cas d'absence sans motif valable à 3 séances consécutives du Conseil d'administration.

En cas de manquement aux missions d'administrateur, l'Assemblée générale peut décider de révoquer un administrateur sur proposition motivée du Conseil d'administration.

ARTICLE 26 – RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

ARTICLE 27 – VACANCE

En cas d'une ou plusieurs vacances d'administrateurs en cours de mandat, liées à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L. 612-23-1 du Code monétaire et financier, il est (pour le nombre minimum légal requis d'administrateurs) ou peut être procédé (dans les autres cas) à la cooptation d'un administrateur par le Conseil d'administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée générale.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le Conseil d'administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'Assemblée générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

SECTION 2 – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 28 – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président, et au moins trois (3) fois par an. Le Président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du Conseil.

Le dirigeant opérationnel participe de droit aux réunions du Conseil d'administration.

ARTICLE 29 – REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'administration. Ils sont élus par le comité social et économique.

A compter du 1er janvier 2022, deux représentants des salariés, assistent avec voix consultative aux séances du conseil d'administration. Ils sont élus conformément aux dispositions de l'article L.114-16-2 du Code de la Mutualité. Leur mandat est d'une durée de 6 ans.

Ils sont tenus au même devoir de réserve et de discrétion que tous les administrateurs.

ARTICLE 30 – DÉLIBÉRATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les administrateurs ne peuvent ni voter par procuration ni se faire représenter.

Sont réputés présents les administrateurs et les représentants des salariés mentionnés à l'article 29 qui participent à la réunion du conseil par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. La voix du Président est prépondérante en cas de partage égal des voix.

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

Les administrateurs et les représentants des salariés de la mutuelle ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le Président ou les dirigeants.

ARTICLE 31 – RÉSERVÉ

SECTION 3 – ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 32 – COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Il dispose pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Le Conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'administration ou le cas échéant au dirigeant opérationnel, mentionné à l'article L. 211-14 du Code de la mutualité.

Il adopte et modifie le règlement mutualiste, les montants ou taux des cotisations et les prestations des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le Conseil d'administration se détermine sur le choix des opérateurs pouvant réassurer tout ou partie des engagements souscrits auprès de la mutuelle et le cas échéant, peut donner son accord sur la réassurance auprès d'un organisme non régi par le Code de la mutualité.

A la clôture de chaque exercice, conformément à la réglementation en vigueur, le Conseil d'administration arrête les comptes annuels, établit les différents rapports réglementaires.

Il établit chaque année un rapport dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à L. 116-3 du Code de la mutualité.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi et en particulier, celles reprises sous l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

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

ARTICLE 33 – DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS

Conformément à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité, pour les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, le Conseil d'administration peut déléguer ses pouvoirs, en tout ou partie, de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Président du Conseil d'administration ou au dirigeant opérationnel de la mutuelle. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Le Conseil d'administration peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes.

SECTION 4 – STATUT DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 34 – INDEMNISATION

Conformément aux articles L. 114-4, 7° et L. 221-14 du code de la mutualité, le dirigeant opérationnel se voit déléguer des pouvoirs d'administration par le Conseil d'administration.

ARTICLE 35 – REMBOURSEMENT DE FRAIS

La mutuelle rembourse sur justificatif aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour liés à l'exercice de leurs fonctions dans les limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité, tel que prévu à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

ARTICLE 36 – INTERDICTION

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

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au chiffre d'affaires de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur. Un ancien salarié ne peut être administrateur de la mutuelle pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail. Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

ARTICLE 37 – RESPONSABILITÉ CIVILE DES ADMINISTRATEURS

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

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au chiffre d'affaires de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou au dirigeant opérationnel. Un ancien salarié ne peut être administrateur de la mutuelle pendant une durée de trois (3) ans à compter de la fin de son contrat de travail. Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un (1) délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel de passer des conventions avec la mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux présents statuts

CHAPITRE III – PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION 1 – ÉLECTION ET MISSIONS DU PRÉSIDENT

ARTICLE 38 – ÉLECTION DU PRÉSIDENT

Conformément à l'article L. 114-18 du Code de la mutualité, le Conseil d'administration élit parmi ses membres, un Président qui a la qualité de personne physique, pour une durée de deux ans, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement total ou partiel du Conseil d'administration. Il est rééligible. Le Conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du Président.

ARTICLE 39 – VACANCE DÉFINITIVE DU PRÉSIDENT

En cas de décès, de démission, de perte de la qualité de membre participant ou honoraire du Président ou de révocation, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration, qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Vice-président ou à défaut, par l'administrateur le plus âgé.

ARTICLE 40 – RÉSERVÉ

ARTICLE 41 – MISSIONS DU PRÉSIDENT

Le Président du Conseil d'administration organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale. Il informe le cas échéant le Conseil d'administration des procédures engagées en application de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre 1er du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. Le Président convoque le Conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

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

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

Il est compétent pour décider d'agir en justice ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle. Il en rendra compte dans chaque cas au Conseil d'administration suivant.

Le président exerce la direction effective de la mutuelle au sens de l'article L. 211-13 du code de la mutualité.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle, confier au dirigeant opérationnel ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

SECTION 2 – ÉLECTION, COMPOSITION DU BUREAU ET ATTRIBUTIONS DES ADMINISTRATEURS MEMBRES DU BUREAU

ARTICLE 42 – ÉLECTION DU BUREAU

Il est constitué au sein du Conseil d'administration un bureau de 4 à 8 membres maximum, comprenant notamment le Président, un Vice-président et des administrateurs.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au bureau.

Les membres du bureau, autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus pour deux ans par le Conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement total ou partiel du Conseil d'administration.

En cas de vacance, le Conseil d'administration pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace. Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'administration.

Le bureau se réunit sur convocation du Président du Conseil d'administration, selon ce qu'exige la bonne marche de la mutuelle. Il étudie notamment, les questions politiques et institutionnelles pour la Mutuelle.

ARTICLE 43 – LE VICE-PRÉSIDENT

Le Vice-président seconde le Président. En cas d'empêchement de celui-ci, le Vice-président le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions. En cas de vacance de la fonction de Président, les prérogatives du Vice-président sont telles que définies par l'[article 39 des présents statuts](#).

ARTICLE 44 – MISSIONS ET ROLE DU BUREAU

Afin de renforcer la dimension mouvement social de la Mutuelle, le bureau est investi d'une réflexion politique pour accompagner la stratégie, les politiques et les objectifs fixés par le Conseil d'administration, les prises de positions, coordonner les expressions et les actions.

Les membres du bureau s'organisent pour remplir les missions suivantes :

- la veille sur les valeurs et l'éthique, sur les évolutions de la protection sociale, sur les innovations technologiques ayant une influence sur la santé et nos missions et sur l'environnement ;
- l'animation institutionnelle du mouvement (AG, délégués, CAR, CA) et la communication qui l'accompagne ;
- les relations externes avec le mouvement associatif, syndical, mutualiste ou plus généralement de l'ESS ;
- la coordination politique de nos représentants dans les instances mutualistes ;
- développer et animer la politique de complémentaire de vie, de prévention, de formation continue des administrateurs et des délégués.

Toute question touchant à l'objet de la mutuelle et ayant pour finalité la défense des intérêts des adhérents.

CHAPITRE IV – AUTRES MANDATAIRES

ARTICLE 45 – STATUT DE MANDATAIRE MUTUALISTE

Le mandataire mutualiste est une personne physique qui apporte à la mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel il a été désigné par le Conseil d'administration.

Les statuts d'administrateur et de mandataire mutualiste ne peuvent pas être cumulés.

Les mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, reçoivent un programme de formation adapté à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites.

Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour sont remboursés dans les mêmes conditions que celles fixées pour les administrateurs.

CHAPITRE V – ORGANISATION RÉGIONALE DE LA MUTUELLE

ARTICLE 46 – RÉGIONS

Les membres participants et honoraires de la mutuelle sont regroupés par région, selon des modalités de fonctionnement précisées dans le règlement intérieur, afin d'organiser et de développer l'action mutualiste de proximité.

Cette organisation évoluera dans les conditions définies à l'[article 13 des présents statuts](#).

Ces régions organisées sont créées par décision du Conseil d'administration ; toute modification fera l'objet d'une information à l'Assemblée générale suivante. Elles sont animées par des comités d'animation mutualistes composés de membres volontaires pris parmi les membres participants et honoraires et ratifiés par le Conseil d'administration de la mutuelle.

Ces comités sont présidés par le Président du Conseil d'administration de la mutuelle ou la personne qu'il délègue à cet effet.

ARTICLE 47 – ENTREPRISES

Les membres participants et honoraires de la mutuelle appartenant à une même entreprise peuvent être regroupés en comités d'animation mutualiste afin d'organiser et de développer l'action mutualiste; ceux-ci sont créés par décision du Conseil d'administration; toute modification fera l'objet d'une information à l'Assemblée générale suivante.

Chaque comité est animé par un collectif composé de membres participants et honoraires volontaires de l'entreprise ratifiés par le Conseil d'administration de la mutuelle. Ces comités sont présidés par le Président du Conseil d'administration de la mutuelle ou la personne qu'il délègue à cet effet.

ARTICLE 48 – RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DES COMITÉS D'ANIMATION MUTUALISTE (RÉGIONS ET ENTREPRISES)

En application des [articles 46 et 47 des présents statuts](#), un règlement interne du comité, approuvé par le Conseil d'administration sur proposition du comité d'animation mutualiste, précise l'objet, les prérogatives, l'administration, le fonctionnement et les moyens des comités.

CHAPITRE VI – ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 – RECETTES ET DÉPENSES

ARTICLE 49 – RECETTES

Les recettes de la mutuelle comprennent :

- les cotisations des membres participants et honoraires,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,

plus généralement toutes autres recettes non interdites par la loi.

ARTICLE 50 – DÉPENSES

Les dépenses comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants,
- les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
- les versements faits aux unions et fédérations, au Système Fédéral de Garantie,
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités d'animation régionale,
- les aides et secours exceptionnels à nature sociale,
- plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

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

SECTION 2 – RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 51 – RAPPORT SUR LA GESTION

Un rapport sur la gestion est établi par le Conseil d'administration conformément à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Le rapport de gestion inclut les informations visées à l'article L. 212-6 du Code de mutualité.

Ce rapport est soumis à l'approbation de l'Assemblée générale.

Ce rapport est communiqué aux commissaires aux comptes, ainsi qu'à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité.

ARTICLE 52 – SYSTÈME FÉDÉRAL DE GARANTIE

La mutuelle adhère au Système Fédéral de Garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

SECTION 3 – DISPOSITIF DE CONTRÔLE ET COMMISSAIRES AUX COMPTES

ARTICLE 53 – COMITÉ D'AUDIT

Un comité d'audit est chargé, sous la responsabilité exclusive et collective des membres du Conseil d'administration, d'assurer notamment le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières. Il remplit sa mission en veillant :

- à l'existence d'une gestion des risques,
- à l'efficacité du système de contrôle interne,
- à la qualité de l'information financière et opérationnelle.

Il est composé de 3 à 5 membres dont éventuellement une personne extérieure qui présente des compétences particulières en matière financière ou comptable ou dans d'autres matières utiles au comité d'audit pour remplir ses missions et obligations. Ses modalités de fonctionnement sont précisées dans la charte du comité d'audit.

ARTICLE 54 – COMMISSAIRES AUX COMPTES

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce.

Le commissaire aux comptes est nommé pour six ans et convoqué à toutes les Assemblées générales.

Le commissaire aux comptes porte à la connaissance du comité d'audit et du Conseil d'administration, les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses missions telles que prévues par la loi et en particulier les articles L. 114-38 à L. 114-40 du Code de la mutualité.

Il présente son rapport annuel à l'Assemblée générale ainsi que ses rapports spéciaux.

SECTION 4 – FONDS D'ÉTABLISSEMENT

ARTICLE 55 – MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 1 639 312 euros conformément aux dispositions de l'article R. 212-1 du décret n° 2002-720 du 2 mai 2002.

TITRE III – INFORMATION DES MEMBRES DE LA MUTUELLE

ARTICLE 56 – INFORMATION AUX ADHÉRENTS

Dans le cadre des opérations individuelles, toute modification est portée à la connaissance de l'adhérent par voie de notification. Dans le cadre des opérations collectives, toute modification de ces documents est constatée par un avenant signé des parties, sauf, si la modification intervient en application du III, de l'article L. 221-5 du Code de la mutualité.

Lorsque ces modifications portent sur les droits et obligations des membres, une nouvelle notice d'information est remise.

Tous les membres participants ou honoraires recevront toute publication mutualiste décidée par le Conseil d'administration.

ARTICLE 57 – RÉSERVÉ

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 58 – DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

La dissolution volontaire de la mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale, conformément aux [articles 19 et 20 des statuts](#). Elle respecte la procédure définie à l'article L. 212-14 du Code de la mutualité.

La dévolution de l'excédent d'actif net sur le passif est réalisée lors de la réunion de dissolution dans les mêmes conditions et formes.

Le ou les attributaires sont d'autres mutuelles, unions ou fédérations, le fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du Code de la mutualité, ou le fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

ARTICLE 59 – MISE A DISPOSITION DES STATUTS

Les présents statuts sont disponibles sur le site internet www.mutuelle-familiale.fr. Ils peuvent être également envoyés aux adhérents sur simple demande.