



MUTUELLE NATIONALE

CAISSE D'ÉPARGNE

Statuts et Règlements

Adoptés en Assemblée générale le 16 juin 2010

Statuts

TITRE 1^{er} :
FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

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

ARTICLE 1^{er} - DENOMINATION DE LA MUTUELLE

Il est constitué une mutuelle dénommée Mutuelle Nationale des Caisses d'Épargne qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif régie par le Code de la Mutualité et adhérente à la Fédération Nationale de la Mutualité Française immatriculée au RNM sous le N° 776 466 963 et agréée par arrêté en date du 24.03.2003 pour pratiquer les opérations relevant des branches d'activités 1 Accidents (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles), 2 Maladie et 20 Vie décès.

ARTICLE 2 - SIEGE DE LA MUTUELLE

Le siège de la mutuelle est situé, 7 Rue Léon Patoux BP 1032 - 51686 REIMS CEDEX 2.

ARTICLE 3 - OBJET DE LA MUTUELLE

La mutuelle a pour objet :

1° De réaliser les opérations d'assurance suivantes :

- a) Couvrir les risques de dommages corporels liés à la maladie
- b) Contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de vie

2° D'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées,

3° De présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance et contribuer éventuellement à la gestion desdites garanties,

4° De faire bénéficier ses membres participants de produits d'assistance et de prévoyance ainsi que de services d'action sociale accessoires,

5° Elle peut être amenée à assurer la gestion pour le compte d'autres mutuelles.

Dans le cadre de la réalisation de son objet social, la mutuelle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

La mutuelle peut également déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion d'un contrat collectif, conformément à l'article L.116-3 du Code de la Mutualité et dans le respect des principes définis par l'Assemblée générale.

ARTICLE 4 - REGLEMENT INTERIEUR

Un Règlement intérieur, établi par le Conseil d'administration et ratifié par l'Assemblée générale, détermine les conditions d'application des présents Statuts.

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

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

ARTICLE 5 - REGLEMENT MUTUALISTE

En application de l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité, un Règlement mutualiste adopté par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

ARTICLE 6 (ARTICLE RESERVE) - REGLEMENT DES ŒUVRES

ARTICLE 7 - RESPECT DE L'OBJET DES MUTUELLES

Les organes de la mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité et s'engagent à respecter les principes inscrits dans la charte de la Mutualité Française.

ARTICLE 8 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

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

Le membre participant, ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information le ou la concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs.

Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

CHAPITRE II

CONDITIONS D'ADHESION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1

Adhésion

ARTICLE 9 - CATEGORIES DE MEMBRES

La mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle.

Les membres honoraires sont des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Peuvent adhérer à la mutuelle les personnes physiques ou morales qui remplissent les conditions suivantes :

- en qualité de membre participant :

- Les salariés et anciens salariés du Groupe BPCE
- Les salariés, anciens salariés et administrateurs des entités ayant un lien économique, juridique ou social avec le Groupe BPCE
- Les membres de la famille des personnes précitées
- Celles pouvant justifier d'un lien de clientèle avec le Groupe BPCE et ayant adhéré avant le 31 décembre 1995
- Toute personne reconnue par une CPAM ou un organisme habilité dans le cadre de la gestion de la Couverture Maladie Universelle.

- en qualité de membre honoraire :

- Les employeurs signataires d'un contrat collectif

L'adhésion peut résulter d'une démarche individuelle ou collective suite à la souscription d'un contrat collectif prévu par le contrat de travail.

Les cas particuliers seront soumis au Conseil d'administration pour décision.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- Les conjoints (concubins, pacsés)
- Les enfants mineurs
- Les enfants à charge jusqu'à 25 ans révolus
- Les enfants handicapés quel que soit leur âge et ce, conformément aux dispositions du Règlement mutualiste.

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

ARTICLE 10 - ADHÉSION INDIVIDUELLE

Acquièrent la qualité d'adhérent de la mutuelle, les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 9 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

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

ARTICLE 11 - ADHÉSION DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS

I - Opérations collectives à adhésion facultative :

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

II - Opérations collectives à adhésion obligatoire :

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la mutuelle, et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

SECTION 2

Démission, radiation, exclusion

ARTICLE 12 - DÉMISSION

La démission est donnée par écrit par lettre recommandée avec accusé de réception dans les conditions prévues au Règlement mutualiste.

La renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la mutuelle entraîne la démission de la mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent dans les conditions et formes prévues au Règlement mutualiste.

ARTICLE 13 - RADIATION

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-17 du Code de la Mutualité.

Leur radiation est prononcée par le Conseil d'administration.

ARTICLE 14 - EXCLUSION

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles du livre II du Code de la Mutualité, peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de

la mutuelle.

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

ARTICLE 15 - CONSÉQUENCES DE LA DÉMISSION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité.

TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 Composition, élections

ARTICLE 16 - SECTIONS DE VOTE

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

L'étendue et la composition des sections sont fixées dans le Règlement intérieur.

ARTICLE 16-1 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée générale est composée des délégués des sections de vote. Ces délégués sont répartis en collèges ci-après définis.

Les membres participants et honoraires se répartissent en cinq collèges :

- Le Collège A comprend les sous collèges :

- A1, regroupant les salariés, membres participants des entreprises relevant de la branche Caisse d'Epargne, adhérent au Contrat Groupe Santé.
- A2, regroupant les entreprises, membres honoraires relevant de la branche Caisse d'Epargne, souscriptrices du Contrat Groupe Santé.

- Le Collège B comprend les sous collèges :

- B1, regroupant les salariés, membres participants des entreprises relevant de la branche Banque Populaire, adhérant à un contrat collectif.
- B2, regroupant les entreprises, membres honoraires relevant de la branche Banque Populaire, souscriptrices d'un contrat collectif.

- Le Collège F comprend les sous collèges :

- F1, regroupant les salariés, membres participants des entreprises souscriptrices, adhérant à un contrat collectif et ne relevant pas des collèges A ou B.
- F2, regroupant les entreprises, membres honoraires, souscriptrices d'un contrat collectif et ne relevant pas des collèges A ou B.

- Le Collège R comprend les sous collèges :

- R1, regroupant les préretraités et les retraités des entreprises relevant de la branche Caisse d'Epargne, adhérant à titre individuel.
- R2, regroupant les autres préretraités et retraités du Groupe BPCE, adhérant à titre individuel.

- Le Collège I comprend :

- les membres des familles des adhérents adhérant à titre individuel.
- les anciens salariés du Groupe BPCE, ni préretraités, ni retraités, et adhérant à titre individuel.
- les membres participants pouvant justifier d'un lien de clientèle avec le Groupe BPCE et ayant adhéré avant le 31 décembre 1995.
- les personnes physiques employées par une entreprise pouvant justifier d'un lien économique, juridique ou social avec le Groupe BPCE.
- les personnes reconnues par une CPAM ou un organisme habilité dans le cadre de la gestion de la Couverture Maladie Universelle.

ARTICLE 16-2 - ELECTION DES DELEGUES

Chaque délégué titulaire est élu avec son suppléant dans le cadre d'une candidature commune.

Chaque délégué représentant les membres participants dispose d'une voix à l'Assemblée générale.

Chaque délégué représentant la section des membres honoraires dispose d'autant de voix à l'Assemblée générale qu'il y a de délégués représentant les membres participants de la section de vote du même collège.

Les modalités de vote par correspondance et/ou dépouillement par voie électronique, sont fixées dans le règlement de vote établi par la Commission des Elections et validé par le Conseil d'administration.

Les membres participants de chaque section élisent parmi eux le ou les délégués titulaire(s) et leur(s) suppléant(s) à l'Assemblée générale de la mutuelle. Les délégués sont élus pour six ans et sont renouvelables par tiers tous les deux ans au scrutin uninominal à un tour. Le vote a lieu par correspondance, à bulletin secret.

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

Les membres honoraires de chaque section élisent parmi eux le ou les délégués titulaire(s) et leur(s) suppléant(s) à l'Assemblée générale de la mutuelle. Les délégués sont élus pour six ans et sont renouvelables par tiers tous les deux ans au scrutin uninominal à un tour. Le vote a lieu par correspondance, à bulletin secret. Chaque employeur, personne morale, représenté par son représentant légal, dispose, pour l'élection des délégués, d'un nombre de voix correspondant au nombre de membres participants qui lui sont rattachés.

La perte de la qualité de membre honoraire ou de représentant de l'employeur entraîne celle de délégué titulaire ou de délégué suppléant.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué titulaire, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant.

En cas de vacance d'un poste (titulaire et suppléant) en cours de mandat, il est convenu de nommer les candidats (titulaire et suppléant) ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages - dans la même section de vote - qui achèveront le mandat de leurs prédécesseurs. A défaut, il sera procédé à une nouvelle élection.

ARTICLE 16-3 - NOMBRE DE DELEGUES

Membres participants

Chaque section élit 1 délégué titulaire et son suppléant pour 500 membres participants dans la limite de 3 sièges, plus 1 délégué titulaire et son suppléant par tranche de 1000 membres participants (au dessus de 1500 membres participants) dans la limite de 2 sièges, soit une représentation maximale de 5 sièges. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale.

Membres honoraires

Chaque section élit 1 délégué titulaire et son suppléant.

ARTICLE 17 - EMPECHEMENT

Le délégué titulaire empêché d'assister à l'Assemblée générale est remplacé dans ses fonctions par son suppléant.

A défaut, mandat peut être donné :

- par un délégué membre participant à un autre délégué, membre participant, sans que le nombre de mandats détenus par un même délégué ne puisse excéder deux,
- par un délégué membre honoraire à un autre délégué, membre honoraire, sans que le nombre de mandats détenus par un même délégué ne puisse excéder un.

ARTICLE 18 - DISPOSITIONS PROPRES AUX MINEURS

Les mineurs de plus de 16 ans, ayant la qualité de membre participant, exercent leur droit de vote à l'Assemblée générale.

SECTION 2

Réunion de l'Assemblée générale

ARTICLE 19 - CONVOCATION ANNUELLE OBLIGATOIRE

Le Président du Conseil d'administration convoque l'Assemblée générale.

Il la réunit au moins une fois par an.

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

ARTICLE 20 - AUTRES CONVOCATIONS

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le conseil,
2. les Commissaires aux comptes,
3. l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant,
4. un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
5. les liquidateurs.

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

ARTICLE 21 - MODALITÉS DE CONVOCATION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

La convocation est faite dans les conditions et délais suivants : 15 jours avant la date, par lettre simple.

Les membres composant l'Assemblée générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la Mutualité.

ARTICLE 22 - ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée générale de projets de résolutions dans les conditions suivantes :

- Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'Assemblée générale par le quart des délégués titulaires est obligatoirement soumise à l'Assemblée générale.
- L'assemblée ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour.
- L'assemblée peut, en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.
- Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

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

ARTICLE 23 - COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

I - L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration. Le cas échéant, elle procède à leur révocation à la majorité des trois quarts des suffrages exprimés.

II - L'Assemblée générale, après présentation des rapports des Commissaires aux comptes, de la Commission de contrôle statutaire prévue à l'article 79 des présents Statuts et du Médiateur, est appelée à se prononcer sur :

1. les modifications des Statuts,
2. les activités exercées,
3. l'existence et le montant des droits d'adhésion,
4. le montant du fonds d'établissement,
5. les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du Règlement mutualiste défini par l'article L. 114-1, 5^{ème} alinéa du Code de la Mutualité,
6. l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que la création d'une autre

mutuelle ou d'une union,

7. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
8. l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la Mutualité,
9. le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
10. le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
11. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
12. le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la Mutualité,
13. le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par le livre II du Code de la Mutualité, auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 du même Code,
14. le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la Mutualité,
15. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

III - L'Assemblée générale décide :

1. la nomination des Commissaires aux comptes,
2. la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
3. les délégations de pouvoir prévues à l'article 26 des présents Statuts,
4. les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

IV - L'Assemblée générale procède à l'élection des membres de la Commission de contrôle statutaire en application de l'article 79 des présents Statuts.

ARTICLE 24 - MODALITÉS DE VOTE À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

I - Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcée pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des Statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, la délégation de pouvoir prévue à l'article 26 des présents Statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués. A défaut, une seconde Assemblée générale peut être convoquée et ne délibérera

valablement que si le quart de ses délégués est présent ou représenté.

Les décisions sont adoptées :

- à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

II - Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées.

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

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

Les décisions sont adoptées :

- à la majorité simple des suffrages exprimés.

ARTICLE 25 - FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations et plus généralement les modifications des Statuts, du Règlement intérieur et du Règlement mutualiste, sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au Règlement mutualiste.

ARTICLE 26 - DÉLÉGATION DE POUVOIR DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

Cette délégation n'est valable qu'un an.

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

CHAPITRE II CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 Composition, élections

Article 27 - COMPOSITION

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé de 30 à 48 administrateurs.

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

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

Tous les membres du Conseil d'administration sont élus par l'Assemblée générale au scrutin uninominal à un tour et à bulletin secret pour une durée de six ans renouvelable par tiers tous les deux ans.

Le nombre d'administrateurs, fixé par délibération de l'Assemblée générale, est compris entre 30 au moins, et 48 au plus, répartis en cinq collèges tels que déterminés à l'article 16-1.

Collège A

Sous collège A1 de 21 à 23

Sous collège A2 de 1 à 3

Collège B

Sous collège B1 de 1 à 9

Sous collège B2 de 1 à 3

Collège F

Sous collège F1 de 1 à 2

Sous collège F2 1

Collège R

Sous collège R1 de 1 à 2

Sous collège R2 1

Collège I de 1 à 2

Plus 1 à 2 personnes qualifiées parmi les membres participants ou honoraires.

Les personnes qualifiées sont élues pour deux ans sur proposition du Conseil d'administration.

ARTICLE 28 - PRÉSENTATION DES CANDIDATURES

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue quinze jours francs au moins avant la date de l'Assemblée générale.

ARTICLE 29 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ - LIMITE D'ÂGE

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

- être âgés de 18 ans révolus,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

Le nombre des membres du Conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à

65 ans ne peut excéder le tiers 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 30 - MODALITÉS DE L'ELECTION

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents Statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des délégués présents ou représentés de l'Assemblée générale de la manière suivante : scrutin uninominal à un tour. En cas d'égalité de suffrages, le candidat le plus jeune est élu.

ARTICLE 31 - DURÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'administration sont élus pour une durée de 6 ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L. 114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée générale à la majorité des trois quarts des suffrages exprimés.

ARTICLE 32 - RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les 2 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.

ARTICLE 33 - VACANCE

Le poste d'administrateur devenu vacant en cours de mandat est pourvu provisoirement par le Conseil d'administration, sous réserve de ratification par l'Assemblée générale ; si la nomination faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée

générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

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

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

SECTION 2

Réunion du Conseil d'administration

ARTICLE 34 - RÉUNIONS

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président, et au moins 3 fois par an.

Le Président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil et le joint à la convocation qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'administration cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Le Président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'administration qui délibère alors sur cette présence.

Les dirigeants participent de droit aux réunions du Conseil d'administration.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le tiers du Conseil d'administration.

ARTICLE 35 - PARTICIPATION DES SALARIÉS D'ECUREUIL PROTECTION SOCIALE (EPS) AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Un représentant des salariés d'EPS (association de moyens de la MNCE), élu dans les conditions prévues par le Code du travail, est invité à assister avec voix consultative, aux séances du Conseil d'administration.

ARTICLE 36 (ARTICLE RESERVE) - REPRÉSENTATION DU COMITÉ D'ENTREPRISE

ARTICLE 37 - DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

SECTION 3

Attributions du Conseil d'administration

ARTICLE 38 - COMPETENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application.

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

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

ARTICLE 39 - DELEGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Le Conseil d'administration peut confier au Bureau toutes les attributions qui ne lui sont pas spécialement réservées par la loi.

Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Sans préjudice de ce qui est dit à l'article 52, le Conseil d'administration peut confier au Président ou à un administrateur nommément désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le Président ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du Conseil d'administration, auquel il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

ARTICLE 40 - NOMINATION DU DIRECTEUR GENERAL

Le Conseil d'administration nomme le Directeur général et détermine ses attributions. Il en fait la déclaration auprès du Registre National des Mutuelles. Il fixe sa rémunération. Le Conseil d'administration peut le révoquer à tout moment.

Le Directeur général assiste à chaque réunion du Conseil d'administration et aux réunions du Bureau.

Le Directeur général ne dispose pas du mandat social.

ARTICLE 41 - DELEGATIONS DE POUVOIRS DU DIRECTEUR GENERAL

Le Directeur général peut se voir déléguer par le Président ou un administrateur, dans la limite de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer en leur nom certains actes ou de prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le Conseil d'administration, par décision expresse, déterminées quant à leur objet et reportées dans

un registre coté.

En aucun cas, le Président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

SECTION 4

Statut des administrateurs

ARTICLE 42 - INDEMNITES VERSEES AUX ADMINISTRATEURS ET REMBOURSEMENT DE FRAIS

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

ARTICLE 43 - REMBOURSEMENT DES FRAIS AUX ADMINISTRATEURS

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

Toute personne conviée aux séances de Bureau ou de Conseil d'administration peut prétendre au remboursement de ses frais de déplacement et de séjour dans les conditions déterminées par le Code de la Mutualité.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L.114-26 du Code de la Mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

ARTICLE 44 - SITUATION ET COMPORTEMENTS INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS

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

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

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

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 46, 47 et 48 des présents Statuts.

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

ARTICLE 45 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents Statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard.

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

ARTICLE 46 - CONVENTIONS REGLEMENTEES SOUMISES A AUTORISATION PREALABLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sous réserve des dispositions de l'article 47 des présents Statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée, ainsi que des conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, Directeur général, membre du directoire, du Conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur salarié et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité.

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

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

ARTICLE 47 - CONVENTIONS COURANTES AUTORISEES SOUMISES A UNE OBLIGATION D'INFORMATION

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

ARTICLE 48 - CONVENTIONS INTERDITES

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

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

ARTICLE 49 - RESPONSABILITE

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

CHAPITRE III PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION 1

Élection et missions du Président

ARTICLE 50 - ÉLECTION ET RÉVOCATION

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

Le Président est élu dans les conditions suivantes :

- scrutin uninominal à deux tours à bulletin secret
- pour une durée de 2 ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur
- il est rééligible
- en cas d'égalité de suffrages, le (la) plus jeune candidat(e) sera élu(e).

ARTICLE 51 - VACANCE

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, 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 premier Vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de Président

sont remplies par le premier Vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

ARTICLE 52 - MISSIONS

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

Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier 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 recettes et 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, en concertation la plus large avec son Conseil d'administration.

Le Président dispose du mandat social sous contrôle de son Conseil d'administration. Il peut en conférer délégation de tout ou partie au Directeur général sous réserve de l'approbation de la délégation par le Conseil d'administration.

SECTION 2

Élection, composition du Bureau

ARTICLE 53 - ÉLECTION

Les membres du Bureau, autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus à bulletin secret pour 2 ans par le Conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration.

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

En cas de vacance, le Conseil d'administration pourvoit au remplacement du poste vacant pour la durée du mandat en cours.

ARTICLE 54 - COMPOSITION

Le Bureau est composé au maximum de 10 personnes dont :

- le Président du Conseil d'administration,
- un ou des Vice-présidents,
- un Secrétaire général (éventuellement un Secrétaire général adjoint),
- un Trésorier général (éventuellement un Trésorier général adjoint),
- un ou plusieurs autres membres.

ARTICLE 55 - RÉUNIONS ET DÉLIBÉRATIONS

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

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

Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions du Bureau qui délibère alors sur cette présence.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

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

ARTICLE 56 (ARTICLE RESERVE)

ARTICLE 57 - LE VICE-PRÉSIDENT

Le Conseil d'administration de la mutuelle peut élire un ou plusieurs Vice-présidents.

Le (ou les) Vice-président(s) seconde(nt) le Président qu'il(s) supplée(nt) en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 58 - LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

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

ARTICLE 59 - LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

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

ARTICLE 60 - LE TRÉSORIER GÉNÉRAL

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

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

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

- les comptes annuels et les documents, états tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L.114-9 du Code de la Mutualité,

- les éléments visés aux paragraphes a) c) d) et f) ainsi qu'aux deux derniers alinéas de l'article L.114-17 du Code de la Mutualité,
- un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Sans préjudice de ce qui est dit à l'article 41, le Trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnancement, choisi(s) en raison de ses (leurs) compétences ainsi que des moyens dont il(s) dispose(nt), l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et lui (leur) déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 61 - LE TRÉSORIER GÉNÉRAL ADJOINT

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

CHAPITRE IV ORGANISATION DES SECTIONS DE LA MUTUELLE

ARTICLES 62 A 71 (ARTICLES RESERVES)

CHAPITRE V ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 - Produits et charges

ARTICLE 72 - PRODUITS

Les produits de la mutuelle comprennent :

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

ARTICLE 73 - CHARGES

Les charges comprennent :

- 1) les diverses prestations servies aux membres participants,
- 2) les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,

- 3) les versements faits aux unions et fédérations,
- 4) la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- 5) les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds,
- 6) les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-5 du Code de la Mutualité,
- 7) la redevance prévue à l'article L.951-1, 2° du Code de la Sécurité sociale et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel pour l'exercice de ses missions,
- 8) plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

ARTICLE 74 - VÉRIFICATIONS PRÉALABLES

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

ARTICLE 75 - APPORTS ET TRANSFERTS FINANCIERS

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

SECTION 2

Modes de placement et de retrait des fonds, règles de sécurité financière

ARTICLES 76, 77

Les placements et retraits des fonds sont effectués conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

ARTICLE 78

La mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

SECTION 3

Commission de contrôle statutaire et Commissaires aux comptes

ARTICLE 79 - COMMISSION DE CONTRÔLE STATUTAIRE

Une Commission de contrôle statutaire est élue à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour tous les 2 ans par l'Assemblée générale parmi les membres participants non administrateurs de la mutuelle. Elle est composée de 4 membres participants. Elle se réunit au moins une fois par an à l'initiative de son Président, à tout moment à la demande du quart de ses membres participants ou, à défaut, à l'initiative du Président du Conseil d'administration.

Elle vérifie l'adéquation des moyens mis en œuvre pour l'exécution des orientations et délibérations prises par le Conseil d'administration. Les résultats de ses travaux sont consignés dans un rapport écrit communiqué au Président du Conseil d'administration avant l'Assemblée générale et présenté à celle-ci par le Président de la Commission de contrôle.

Ce rapport est annexé au procès-verbal de la délibération de l'Assemblée.

La Commission de contrôle statutaire peut solliciter auprès du (ou des) Commissaire(s) aux comptes toutes les informations nécessaires pour l'exécution de sa mission.

En cas de vacance, la plus proche Assemblée générale procède à une élection complémentaire si le nombre de membres participants est inférieur à 3.

ARTICLE 80 (ARTICLE RESERVE)

ARTICLE 81 - COMMISSAIRES AUX COMPTES

En vertu de l'article L.114-38 du Code la Mutualité, l'Assemblée générale nomme au moins un Commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du Code de Commerce.

Le Président convoque le(s) Commissaire(s) aux comptes à toute Assemblée générale.

Le Commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration,
- prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du Code de la Mutualité,
- établit et présente à l'Assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité,
- fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- signale sans délai à l'Autorité de Contrôle Prudentiel tout fait et décision mentionnés à l'article L.612-44 du Code Monétaire et Financier dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du Conseil d'administration et de l'Autorité de Contrôle Prudentiel les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues

par le Code du Commerce,

- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

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

SECTION 4

Fonds d'établissement

ARTICLE 82 - MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

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

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 24-I des Statuts, sur proposition du Conseil d'administration.

TITRE III

INFORMATIONS DES ADHÉRENTS

ARTICLE 83 - ÉTENDUE DE L'INFORMATION

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des Statuts, du Règlement intérieur et Règlement mutualiste. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance dans les conditions prévues par le Règlement mutualiste.

Il est également informé :

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

ARTICLE 84 (ARTICLE RESERVE)

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 85 - DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 24-I des Statuts.

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs et des membres de

la Commission de contrôle statutaire.

L'Assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 24-I des présents Statuts, à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 86 - MÉDIATION

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des Statuts, du Règlement intérieur, du Règlement mutualiste ou de la notice d'information, l'adhérent peut avoir recours au service du Médiateur désigné par le Conseil d'administration.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser au Médiateur de la Mutuelle Nationale des Caisses d'Épargne, 7 rue Léon Patoux - BP 1032 - 51686 REIMS CEDEX 2.

Règlement Intérieur

Règlement intérieur

1. OBJET

Le présent Règlement intérieur, élaboré conformément à l'article 4 des Statuts de la mutuelle, a pour objet de préciser plus particulièrement les conditions d'application des Statuts de la mutuelle.

Tout adhérent de la mutuelle est tenu de s'y conformer.

Le présent règlement peut être modifié par l'Assemblée générale conformément aux dispositions prévues par le Code de la Mutualité et les Statuts de la mutuelle.

2. COMMISSION D'ACTION SOCIALE

Afin de permettre le maintien des actions de solidarité en faveur des mutualistes dont la situation le nécessite, un budget d'action sociale est déterminé annuellement par le Conseil d'administration qui permet l'attribution de secours exceptionnels aux membres participants qui rencontrent des situations particulièrement douloureuses d'ordre social ou financier liées à des problèmes de santé, dans les conditions prévues au Règlement mutualiste.

Le Conseil d'administration délègue, conformément à l'article 39 des Statuts, ses pouvoirs à une « Commission d'Action Sociale ».

Cette Commission, composée de trois administrateurs désignés par le Conseil d'administration, se réunit autant de fois que de besoin pour instruire les dossiers qui lui sont présentés selon les modalités indiquées au Règlement mutualiste, et rend compte de son activité au Conseil d'administration au moins une fois par an.

3. MEMBRES D'HONNEUR

Le Conseil d'administration, sur proposition de son Président, peut conférer le titre de Membre d'honneur à des personnes ayant rendu des services au sein de la mutuelle.

4. COMMISSION DE CONTRÔLE STATUTAIRE

Tout membre participant non administrateur peut être candidat à la Commission de Contrôle statutaire mise en place, en application de l'article 79 des Statuts.

Les candidatures doivent être adressées au Président du Conseil d'administration par lettre recommandée avec accusé de réception reçue au plus tard 15 jours francs avant la date de la tenue de l'Assemblée générale.

5. DÉLÉGUÉS

En application de l'article 16 des Statuts, les membres participants et honoraires élisent leurs délégués titulaires et suppléants selon les collèges tels que définis à l'article 16-1 des Statuts.

5.1 LES MEMBRES

5.1.1 MEMBRE PARTICIPANT

Tout membre participant peut être candidat aux fonctions de délégué dans son collège et dans sa section de vote. Toute candidature à un poste de délégué titulaire doit être accompagnée d'un candidat à un poste de suppléant.

La détermination du nombre de sièges pour chaque section se fait comme suit en fonction du nombre de membres participants appartenant à la section de vote :

0	à 500	= 1 siège
501	à 1000	= 2 sièges
1001	à 1500	= 3 sièges
1501	à 2500	= 4 sièges
2501	et plus	= 5 sièges

- **Collèges A et B :**

Ils comprennent les sous collèges **A1 et B1** :

Les sections de vote sont calquées sur les territoires respectifs des Caisses d'Épargne et des Banques Populaires.

Pour la section des Services Communs :

- si une entreprise regroupe 500 membres participants ou plus, il sera désigné 1 délégué par tranche de 500 membres participants dans la limite de trois plus 1 délégué par tranche de 1000 membres participants au-delà de 1500 dans la limite de 2.

- si l'entreprise regroupe moins de 500 membres participants, un regroupement national de ces structures sera effectué avec 1 délégué par tranche de 500 membres participants dans la limite de trois, plus 1 délégué par tranche de 1000 membres participants au-delà de 1500 dans la limite de 2.

- **Collège F :**

Il comprend le sous collège **F1** :

- si l'entreprise regroupe moins de 500 membres participants, un regroupement national de ces structures est effectué pour constituer une section de vote à raison d'1 délégué par tranche de 500 membres participants dans la limite de trois, plus 1 délégué par tranche de 1000 membres participants au-delà de 1500 dans la limite de 2.

- une entreprise de 500 membres participants ou plus constitue une section de vote.

- **Collège R :**

Il comprend les sous collèges :

* **R1**, découpage en six régions telles que définies ci-dessous.

* **R2** qui constitue une section de vote nationale.

- **Collège I** : découpage en six régions telles que définies ci-dessous.

Région 1 Nord :

Aisne (02), Nord (59), Oise (60), Pas de Calais (62), Somme (80).

Région 2 Sud Ouest :

Ariège (09), Aveyron (12), Charente (16), Charente Maritime (17), Dordogne (24), Haute-Garonne (31), Gers (32), Gironde (33), Landes (40), Lot (46), Lot et Garonne (47), Pyrénées Atlantiques (64), Hautes Pyrénées (65), Deux Sèvres (79), Tarn (81), Tarn et Garonne (82), Vienne (86).

Région 3 Ouest :

Calvados (14), Cotes d'Armor (22), Eure (27), Finistère (29), Ille et Vilaine (35), Loire Atlantique (44), Maine et Loire (49), Manche (50), Mayenne (53), Morbihan (56), Orne (61), Sarthe (72), Seine Maritime (76), Vendée (85).

Région 4 Paris et Centre :

Allier (03), Cantal (15), Cher (18), Corrèze (19), Creuse (23), Eure et Loire (28), Indre (36), Indre et Loire (37), Loire et Cher (41), Haute Loire (43), Loiret (45), Puy de Dôme (63), Paris (75), Seine et Marne (77), Yvelines (78), Haute Vienne (87), Essonne (91), Hauts de Seine (92), Seine Saint Denis (93), Val de Marne (94), Val d'Oise (95), DOM TOM (97).

Région 5 Est :

Ardennes (08), Aube (10), Cote d'Or (21), Doubs (25), Jura (39), Marne (51), Haute Marne (52), Meurthe et Moselle (54), Meuse (55), Moselle (57), Nièvre (58), Bas Rhin (67), Haut Rhin (68), Haute Saône (70), Saône et Loire (71), Vosges (88), Yonne (89), Territoire de Belfort (90).

Région 6 Sud Est :

Ain (01), Alpes de Haute Provence (04), Hautes Alpes (05), Alpes Maritimes (06), Ardèche (07), Aude (11), Bouches du Rhône (13), Corse (20), Drome (26), Gard (30), Hérault (34), Isère (38), Loire (42), Lozère (48), Pyrénées Orientales (66), Rhône (69), Savoie (73), Haute Savoie (74), Var (83), Vaucluse (84).

5.1.2 MEMBRE HONORAIRE

Tout représentant personne physique des membres honoraires ne peut être candidat aux fonctions de délégué que dans son collège et dans sa section de vote. Toute candidature à un poste de délégué titulaire doit être accompagnée d'un candidat à un poste de suppléant.

Chaque section dispose d'un siège.

Les Collèges A, B et F comprennent les sous collèges A2, B2 et F2 : chacun des sous collèges constitue une section de vote nationale.

5.2 DISPARITION D'UN COLLEGE OU D'UNE SECTION DE VOTE

Dans le cas de regroupement d'entreprises disposant chacune d'une section de vote, une nouvelle élection est organisée lors du prochain renouvellement et les mandats des délégués titulaires et de leurs suppléants des anciens collèges (ou sections) prennent fin à l'issue de ces élections.

Lors de la première élection, ou en cas de renouvellement complet des délégués, le Conseil d'administration procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel les délégués seront soumis à réélection.

Les candidatures sont adressées au Président de la MNCE 7, rue Léon Patoux - 51686 REIMS CEDEX 2 - 90 jours avant la date limite de vote décidée par le Conseil d'administration par lettre recommandée avec AR.

La liste des candidats ainsi que les bulletins de vote sont adressés 30 jours avant la date limite de vote.

Chaque candidature sera accompagnée d'une profession de foi établie sur papier libre au format 21 X 29,7 avec texte dactylographié au recto seulement, en noir et blanc, et signée par les candidats titulaires et suppléants. Cette profession de foi doit s'accompagner de la photocopie de leurs pièces d'identité.

Le dépouillement a lieu à Reims. Il est effectué par une commission désignée par le Conseil d'administration.

Le dépouillement est ouvert à tous les adhérents, en présence d'un huissier de justice.

6. MISSION DU DÉLÉGUÉ

En sus des pouvoirs qui lui sont confiés par les dispositions légales, règlementaires et statutaires, le délégué représente le Conseil d'administration auprès des adhérents. Son activité doit se concentrer sur les points suivants :

- représenter la mutuelle auprès des diverses instances mutualistes départementales et régionales,
- veiller à la diffusion des informations mutualistes,
- être le lien entre les services de la MNCE et les adhérents.

7. AUDITEUR

L'auditeur participe aux réunions du Conseil d'administration sur invitation de celui-ci avec voix consultative.

Règlement Mutualiste

Règlement mutualiste

1. OBJET

En application des Statuts et de l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité, le présent Règlement définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque adhérent et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le présent Règlement peut être modifié par l'Assemblée générale conformément aux dispositions prévues par le Code de la Mutualité et les Statuts de la mutuelle.

2. ADHÉSIONS

2.1. ADHESIONS INDIVIDUELLES

L'adhésion est constatée par la signature du bulletin d'adhésion et prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion aux services administratifs de la mutuelle.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent Règlement. Le membre participant reçoit une copie des Statuts, du Règlement intérieur et du Règlement mutualiste.

A l'expiration de la période appelée « stage », pendant laquelle le membre participant cotise sans pouvoir bénéficier des prestations, les membres participants et leurs ayants droit peuvent bénéficier des prestations.

La durée de la période de stage varie selon la nature de la prestation et du contrat souscrit, elle est précisée aux conditions particulières du contrat.

Les adhérents sont dispensés du stage :

- sur production d'un certificat de radiation délivré par une mutuelle ou une compagnie d'assurance si l'adhésion se produit dans les trois mois qui suivent la délivrance du certificat,
- en cas de mariage, de concubinage ou de PACS si l'adhésion du conjoint se produit dans les trois mois qui suivent le mariage ou la date de reconnaissance du concubinage ou du PACS,
- en cas de naissance ou d'adoption si l'adhésion se produit dans les trois mois de la naissance ou de l'acte d'adoption.

Les cas particuliers peuvent être examinés par le Bureau du Conseil d'administration lors de sa plus proche réunion. Ses décisions seront sans appel.

L'adhésion à la mutuelle est annuelle et renouvelable par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

2.2. ADHESIONS COLLECTIVES

2.2.1 PRINCIPES

Dans le cadre des articles 82 et 83 du Code Général des Impôts, la mutuelle propose aux entreprises la souscription de contrats collectifs par lesquels l'ensemble du personnel de l'entreprise souscriptrice bénéficiant d'une ancienneté supérieure ou égale à 6 mois continus (CDD ou CDI) est affilié à la MNCE. Aucun stage n'est exigé.

Lors de l'adhésion, le souscripteur ou à défaut la MNCE remet au membre participant les Statuts, le Règlement intérieur, le Règlement mutualiste de la mutuelle ainsi qu'une notice d'information, visée par la MNCE, résumant ses droits et obligations. Il avise les participants de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif d'une entreprise, les salariés de l'entreprise pourront continuer à adhérer à la MNCE dans le cadre d'une adhésion individuelle, sans qu'il y ait de période de stage, à condition qu'ils en fassent la demande avant la fin du délai de préavis tel que précisé dans le contrat collectif.

Les conditions tarifaires applicables seront celles prévues par la MNCE à la date de la demande pour les adhésions individuelles.

2.2.2. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de départ d'une entreprise d'un salarié adhérent à la MNCE, par dérogation et conformément aux dispositions de l'article 14 de l'Accord National interprofessionnel du 11 janvier 2008, tel que modifié par l'avenant n°3 du 18 mai 2009, le droit à garanties de la couverture complémentaire santé appliquée dans l'entreprise est maintenu temporairement au profit des anciens salariés dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié dans les proportions et conditions applicables aux salariés de l'entreprise.

Sous réserve du paiement de leurs cotisations, selon les modalités précisées dans la notice d'information, ces anciens salariés bénéficient pendant leur période de chômage du maintien de ces garanties pour une période égale à la durée de leur dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de neuf mois de couverture.

Le droit à garanties étant lié à la situation de l'intéressé au regard de l'assurance chômage, tout ancien salarié bénéficiant de la portabilité devra informer la MNCE de sa reprise du travail, et de toute interruption ou cessation de versement, par Pôle emploi, des allocations d'assurance chômage. La MNCE pourra demander à tout moment aux intéressés, tout justificatif de prise en charge par l'assurance chômage.

S'il ne souhaite pas en bénéficier, l'ancien salarié peut choisir de renoncer à ce maintien de garantie ; cette renonciation est définitive et doit être expressément notifiée à l'ancien employeur dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

2.2.3. DROIT A ADHESION INDIVIDUELLE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de départ d'une entreprise d'un salarié adhérent à la MNCE et bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou s'il est privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, ce dernier pourra continuer à adhérer à la MNCE, dans le cadre d'une adhésion individuelle, et ce, sans stage, à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant la rupture de son contrat de travail.

En cas de décès d'un salarié adhérent à la MNCE, les personnes garanties du chef de l'assuré décédé pourront continuer à adhérer à la MNCE, dans le cadre d'une adhésion individuelle, et ce, sans stage, à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant la date du décès.

Les conditions tarifaires applicables seront celles prévues par la MNCE à la date de la demande pour les adhésions individuelles (garanties individuelles, retraités ou EVIN).

Elles ne pourront être supérieures aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans les conditions fixées par le Décret n°90-769 du 30 Août 1990.

3. SITUATION FAMILIALE

Pour l'application des dispositions des Statuts et du présent Règlement, les bénéficiaires sont :

- le membre participant,
- le cas échéant, son conjoint ou concubin ou son partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- les enfants de l'assuré ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire auquel il est lié par un PACS, jusqu'au 31 décembre suivant leur 25^{ème} anniversaire et sous réserve de respecter une des conditions suivantes :
 - être ayant droit au sens de l'article L.313-3 du Code de la Sécurité sociale,
 - recevoir du participant une pension alimentaire en application d'un jugement de divorce,
 - être inscrit au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou effectuer son service national,
 - exercer une activité ou être inscrit comme demandeur d'emploi à Pôle Emploi, et percevoir des revenus inférieurs au SMIC.
- les enfants de l'assuré ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire auquel il est lié par un PACS, quel que soit leur âge s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité avec un taux d'incapacité permanente reconnu par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées) MDPH, supérieur ou égal à 80 %,
- l'enfant à naître, au moment de l'événement, et né viable.

Le concubin d'un participant est assimilé au conjoint sous réserve qu'ils ne soient mariés ni l'un ni l'autre, qu'ils vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent jusqu'à la date de l'événement.

Les membres de la famille de l'adhérent, pouvant adhérer à titre individuel à la mutuelle, s'entendent des personnes visées ci-dessus ainsi que :

- des parents de l'adhérent,
- des enfants majeurs de l'adhérent.

Pour les adhésions collectives, la couverture santé souscrite par les salariés de l'entreprise doit correspondre à leur situation de famille réelle.

Ils peuvent toutefois s'exonérer de l'obligation de couvrir leurs ayants droit, s'ils justifient annuellement et par écrit, que ces derniers bénéficient d'une couverture obligatoire de même nature, dans le cadre d'un régime obligatoire institué dans l'entreprise qui les emploie.

Selon la situation de famille réelle du salarié, la couverture souscrite peut être :

- la couverture « célibataire »,
- la couverture « deux personnes »,
- la couverture « famille ».

4. ADHÉSION AUX UNIONS MUTUALISTES

La MNCE verse les cotisations fédératives aux structures jugées nécessaires à son fonctionnement.

Outre les avantages prévus par le présent Règlement, les bénéficiaires peuvent recevoir des prestations servies ou bénéficier des œuvres sociales (cliniques chirurgicales, cabinets dentaires et optiques, pharmacies mutualistes, etc.) mises à leur disposition par les services des Unions ou Fédérations auxquelles la mutuelle dont relève l'adhérent est affiliée ou a signé une convention, et dans les conditions fixées par les Statuts ou Règlements desdites Unions ou Fédérations.

5. COTISATIONS

Le membre participant ou le souscripteur, suivant le cas, s'engage auprès de la mutuelle au paiement d'une cotisation annuelle, pour lui-même ou les bénéficiaires et, le cas échéant, ses ayants droit, qui sera affectée à la couverture des prestations garanties par la mutuelle.

A cette cotisation, peuvent s'ajouter, le cas échéant, les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs ou techniques (Unions, Fédérations...), et dont le montant et les modalités de paiements sont fixés par les Statuts et Règlements de ces organismes.

5.1 OPÉRATIONS INDIVIDUELLES

Le montant des cotisations est déterminé et modifié par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration sur délégation annuelle exprimée par l'Assemblée générale.

La cotisation est annuelle, payable d'avance avant le 5 janvier de l'année à la MNCE.

Toutefois, il est possible de fractionner le paiement en douze versements (mensuels) ou quatre (trimestriels) ou deux (semestriels).

Dans le cas de fractionnement, un seul moyen de paiement est accepté : le prélèvement

automatique sur compte. Pour ce faire, lors de la première demande, le membre participant devra fournir impérativement un relevé d'identité bancaire ou postal et une autorisation de prélèvement.

En cas de non paiement de la cotisation aux dates prévues, des pénalités de retard de 10 % par mois s'ajoutent aux montants dus.

5.2. OPÉRATIONS COLLECTIVES

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle dont le montant est précisé aux conditions particulières du contrat collectif.

Le montant des cotisations est déterminé et modifié par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration sur délégation annuelle exprimée par l'Assemblée générale.

Les cotisations sont payables mensuellement sur appel de cotisations de la MNCE à terme échu dans les cinq premiers jours suivant chaque échéance.

Le souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations : il procède lui-même à leur ajustement, en fonction des changements des éléments démographiques, et à leur versement à la MNCE.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans le délai susvisé, la MNCE envoie une lettre recommandée valant mise en demeure, les cotisations restent dues et, le cas échéant, des pénalités de retard peuvent être exigées, à raison de 1 % par mois ou par fraction de mois après la date d'exigibilité.

6. PRESTATIONS

Pour percevoir les prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations, sous peine de se voir appliquer les dispositions de suspension et de résiliation prévues par les Statuts, le contrat collectif et le présent Règlement.

Les prestations dues par la MNCE sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de maladie, accident ou maternité postérieurement à l'affiliation du participant et pendant la durée de cette affiliation.

Elles sont calculées conformément à la nomenclature générale des actes professionnels et de la classification commune des actes médicaux et sur la base du tarif de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le remboursement des frais de soins par la mutuelle présente un caractère indemnitaire.

Le montant des remboursements ne peut en aucun cas excéder le montant de la dépense réellement effectuée par le bénéficiaire des prestations compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, une mutuelle ou un organisme de prévoyance de toute nature, ou éventuellement un tiers responsable.

6.1. DÉTERMINATION DES PRESTATIONS

Ne peuvent donner lieu à prestations que les frais engagés pour soins donnés par un

chirurgien, un praticien ou sur prescription écrite de l'un d'eux, et dans les conditions prévues par le Régime Obligatoire de la Sécurité sociale, ou par le régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale.

Les prestations accordées par la mutuelle varient selon :

- la catégorie du bénéficiaire et les dispositions de son régime d'assurance maladie obligatoire,
- la garantie souscrite,
- les conditions de stage,
- le respect du parcours de soins.

6.1.1. OPÉRATIONS INDIVIDUELLES

Les prestations proposées par la mutuelle aux adhérents sont déterminées et modifiées par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration sur délégation annuelle exprimée par l'Assemblée générale.

Elles ne sont pas précisées dans le présent Règlement mutualiste, mais figurent dans la fiche d'information délivrée par la mutuelle préalablement à l'adhésion ou sur simple demande de l'adhérent afin qu'il soit tenu informé des prestations offertes et de leur montant. La mutuelle avise les membres participants de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu.

6.1.2. OPÉRATIONS COLLECTIVES

Les prestations proposées par la mutuelle sont déterminées et modifiées par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration sur délégation annuelle exprimée par l'Assemblée générale. Elles sont précisées aux conditions particulières du contrat collectif.

Le souscripteur remet aux membres participants une notice d'information, visée par la MNCE, résumant leurs droits et obligations, sur laquelle figure les prestations auxquelles ils ont droit. Il avise les membres participants de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu.

6.2. RESPECT DU PARCOURS DE SOINS

Les prestations d'assurance maladie complémentaire fournies par la mutuelle sont remboursées, selon les modalités et les conditions prévues par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, comme suit :

- la mutuelle prend en charge, dans les conditions fixées par les lois et règlements :
 - les consultations du médecin traitant ainsi que du médecin spécialiste dans le cadre du parcours de soins à hauteur d'au moins 30 % du tarif opposable,
 - les médicaments « vignette blanche » prescrits dans le cadre du parcours de soins, tant par le médecin traitant que par les spécialistes ultérieurement consultés, à hauteur d'au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie,

- les actes de biologie prescrits dans le cadre du parcours de soins, tant par le médecin traitant que par les spécialistes ultérieurement consultés, à hauteur d'au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie,
- la participation du participant pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique, et mentionnées dans le tableau des garanties.

- la mutuelle ne prend pas en charge, dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements :

- la majoration du ticket modérateur liée au défaut de choix du médecin traitant, à la consultation d'un autre médecin sans prescription préalable du médecin traitant, ou au défaut d'autorisation du patient de laisser le professionnel de santé accéder à son dossier médical personnel,
Cette exclusion de prise en charge ne s'applique pas lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus.
- les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter, conformément à l'article L.1111-15 du Code de la Santé publique,
- les dépassements d'honoraires des médecins dès que les patients les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par le législateur et la convention médicale,
- la participation forfaitaire visée à l'article L.322-2-II du Code de la Sécurité sociale,
- la franchise médicale visée à l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale.

Cette exclusion de prise en charge ne s'applique pas dans le cadre d'une hospitalisation ni dans le cas de transports d'urgence. Les bénéficiaires de la CMU Complémentaire, les ayants droit de moins de 18 ans et les femmes enceintes en sont exonérées.

Afin de répondre aux dispositions législatives relatives au «contrat responsable», toute autre majoration, dépassement d'honoraires, participation ou franchise, dont la prise en charge viendrait à être exclue par la réglementation, ne fera pas l'objet d'une prise en charge par la MNCE.

6.3. ÉTENDUE DE LA PRISE EN CHARGE

Ne sont pas pris en charge :

- les soins, actes médicaux ou hospitalisation commencés ou prescrits avant la date d'adhésion ou de modification de garantie,
- les soins, actes médicaux ou hospitalisation débutants ou prescrits pendant la période de

stage,

- les frais d'hospitalisation à caractère personnel, tels que journaux, télévision, téléphone, suppléments hôteliers, services et prestations diverses,
- les interventions dites esthétiques, non prises en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale,
- les cures d'amaigrissement ou de rajeunissement non prises en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale,
- le placement en maison de retraite, le séjour en établissement thermal, sauf en cas de cure médicalement justifiée.

6.4. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES PRESTATIONS

6.4.1. INDEMNITÉS FORFAITAIRES

Les indemnités forfaitaires sont exprimées aux conditions particulières du contrat, en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} Janvier d'un exercice d'assurance.

Le versement des indemnités forfaitaires est exclusif de tout autre remboursement, en ce qui concerne la maternité pour les frais de séjour et d'accouchement normal exposés pendant les dix premiers jours d'hospitalisation et, s'agissant des cures thermales, pour les frais liés à la cure et exposés durant celle-ci.

6.4.2. MATERNITÉ

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, la naissance d'un enfant ouvre droit à une indemnité forfaitaire. Elle est versée sur présentation d'un bulletin de naissance. Cette somme indemnise l'ensemble des frais liés à l'accouchement.

Les césariennes, bien que considérées comme des actes chirurgicaux, et remboursées comme tels, bénéficient également du versement du forfait maternité en plus de la prise en charge des frais de chambre particulière sur la base des garanties contractuelles et sur présentation de la facture acquittée.

6.4.3. ADOPTION

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans ouvre droit à une indemnité forfaitaire identique au forfait maternité.

Elle est versée sur présentation du certificat d'adoption délivré par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

6.4.4. HOSPITALISATION

Lorsqu'une hospitalisation est prise en charge, la mutuelle rembourse les frais prévus par la garantie, et notamment le forfait journalier hospitalier dont le montant est indiqué dans la fiche d'information de la garantie remise à l'adhérent.

Lorsque la garantie le prévoit, la mutuelle prend en charge le paiement du ticket modérateur.

Les frais de chambre particulière sont pris en charge sur la base des garanties contractuelles et dans la limite des frais réels.

Les dépassements d'honoraires sont remboursés, dans la limite prévue par la garantie, sur présentation de l'original de la facture détaillée de la clinique ou du décompte de la Sécurité sociale s'il s'agit d'un centre hospitalier.

L'accouchement n'est pas considéré comme une hospitalisation (à l'exception d'une césarienne).

L'hospitalisation en centre de rééducation fonctionnelle est prise en charge, ainsi que pour les séjours en maison de santé médicale pour personnes âgées, centre de rééducation psychothérapique, centre d'action médico-social précoce, institut médico éducatif, institut médico pédagogique, Hélio Marin Aérium, préventorium, sanatorium. Mais ils doivent faire l'objet d'une prise en charge par le régime de Sécurité sociale.

Selon la garantie souscrite, l'opération de la myopie peut être prise en charge sur la base d'un forfait limité à une opération par œil. Dans ce cas, aucun frais d'optique supplémentaire (monture, verres ou lentilles) ne pourra être pris en charge pendant deux ans (de date à date) à compter de la première opération.

6.4.5. FRAIS D'ACCOMPAGNANT

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit et dans les limites fixées par celle-ci, les frais d'accompagnant concernent les frais hôteliers dans le cadre d'un établissement hospitalier (coût du lit en hôpital et des repas pris dans l'enceinte de l'établissement) et se rapportent à l'accompagnement d'un enfant hospitalisé ayant droit du membre participant et dont la limite d'âge est fixée par la garantie.

6.4.6. PROTHÈSES DENTAIRES, AUDITIVES ET ORTHODONTIE

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, seuls sont pris en charge les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'appareillage auditif remboursés par le régime de Sécurité sociale.

6.4.7. OPTIQUE

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, le forfait monture ou lentilles est un forfait bisannuel.

Les lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursées sur simple présentation de l'original de la facture acquittée de l'opticien.

Le forfait monture ou lentilles est totalement « reconstitué » deux ans (de date à date) après le dernier achat de monture ou de lentilles.

S'il n'a été utilisé que partiellement lors de la dernière acquisition et qu'une nouvelle acquisition d'une monture ou de lentilles est réalisée avant l'expiration du délai de deux

ans, la prise en charge sera limitée au forfait, déduction faite du dernier remboursement.

6.4.8. CURES THERMALES ET THALASSOTHÉRAPIE

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, les frais de cure thermale, soumise à une demande d'entente préalable auprès de la CPAM, ouvrent droit, s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale, à une indemnité forfaitaire fixée aux conditions particulières. Cette prestation vient s'ajouter à la part réglée par la Sécurité sociale.

Concernant la thalassothérapie, le même forfait est versé s'il y a intervention de la Sécurité sociale.

6.4.9. PROFESSIONNEL DE SANTÉ NON CONVENTIONNÉ

Les soins médicaux chez un professionnel de santé non conventionné sont remboursés par rapport au tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

6.5. ACCIDENTS

Pour les soins et les interventions consécutifs à un accident, la garantie de la mutuelle intervient selon les modalités suivantes :

- L'adhérent doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle dans les 15 jours suivant l'accident, une déclaration sur l'honneur indiquant :

- les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit,
- le nom des témoins,
- éventuellement les noms et adresses du ou des tiers responsables et des compagnies d'assurance qui garantissent la responsabilité de ces tiers,
- l'indication précise du commissariat ou de la brigade de gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

- La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement des formalités habituelles à accomplir.

- L'adhérent doit informer la mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile, ainsi que de ses intentions, et ce, à peine de nullité.

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

6.6. VERSEMENT DES PRESTATIONS

6.6.1. DEMANDE DE VERSEMENT

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative du participant qui présente à l'appui de sa demande les justificatifs nécessaires.

La date de prise en compte pour le versement des prestations est la date des soins et non la date d'émission du décompte de la Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées à la MNCE dans les vingt-quatre mois suivant la date de soins, de notification de refus de règlement de la Sécurité sociale, de naissance ou d'adoption d'un enfant.

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- une attestation des frais réellement engagés, signée par le praticien ou l'établissement concerné, précisant la date et la nature des soins,
- le décompte original des remboursements effectués par la Sécurité sociale, ou le cas échéant, le document justifiant le refus de prise en charge par cet organisme,
- éventuellement copie du décompte et du règlement fait par un autre organisme,
- pour la garantie maternité adoption : un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou un certificat d'adoption délivré par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Les adhérents sont tenus de produire les pièces justificatives (notes d'honoraires, factures notamment) afférentes aux dépenses engagées pour toute prestation de la mutuelle spécifique ou supérieure au ticket modérateur.

Les adhérents peuvent être dispensés de produire certaines pièces justificatives dans le cadre de la mise en œuvre de procédés d'échanges de données conventionnellement acceptés par la mutuelle.

La mutuelle n'est tenue au paiement de ses prestations qu'au membre participant.

6.6.2. MODALITÉS DE VERSEMENTS

Une fois établi le droit à prestations, celles-ci sont versées par la MNCE directement au bénéficiaire.

En cas de pluralité de bénéficiaires, le paiement des prestations n'est effectué que sur le compte du membre participant, sauf cas particuliers tels que procédure de divorce, mise sous tutelle ou curatelle, et sous réserve d'accord écrit de ce dernier.

Les prestations sont réglées par la mutuelle dans la limite des montants garantis :

- soit directement à l'adhérent par virement sur son compte bancaire,
- soit directement aux professionnels de santé et établissements de soins sur la base des conventions de tiers payants conclues à cet effet avec la mutuelle.

L'adhérent règle directement aux professionnels de santé et établissements de soins les sommes qui leurs sont dues, en dehors :

- des dispenses d'avance de frais et conventions passées entre la mutuelle et des professionnels de santé ou établissements de soins,
- des nouveaux systèmes de paiements conventionnellement acceptés par la mutuelle.

6.7. PRESTATIONS INDUES

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle dans les plus brefs délais si des prestations étaient indument versées et à procéder à leur remboursement. La mutuelle, par

ses propres contrôles peut constater que des prestations ont été indûment versées. Un courrier est alors envoyé à l'adhérent pour demander le remboursement de l'indu. A défaut du reversement de l'indu, la mutuelle pourra en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

7. CONTRÔLE

La MNCE se réserve la faculté de faire examiner le participant par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties.

8. SUBROGATION

En cas de paiement de prestations à caractère indemnitaire, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, conformément à l'article L.224-9 du Code de la Mutualité.

9. SUSPENSION ET RÉSILIATION DES GARANTIES EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS

9.1. OPÉRATIONS INDIVIDUELLES

En cas de non paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la mutuelle adresse à l'adhérent une mise en demeure de payer. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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

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

En cas de paiement dans le délai de trente jours, la garantie reprend effet pour l'avenir à midi le lendemain du jour où a été payée la 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 poursuite et de recouvrement. La mutuelle a le droit de résilier la garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

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

9.2. OPÉRATIONS COLLECTIVES

Le souscripteur du contrat collectif assurant le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du souscripteur. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au souscripteur, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Les membres participants sont informés qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'ils entreprennent de se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné à l'alinéa précédent. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les garanties sont également suspendues :

- à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel intervient la suspension du contrat de travail du membre participant, quelle qu'en soit la cause,
- en cas de maladie, maternité ou accident, à compter du jour où le membre participant ne bénéficie plus d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou du versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

10. FIN DE L'ADHÉSION POUR LES OPÉRATIONS INDIVIDUELLES

10.1. DÉMISSION

L'adhésion étant annuelle aucune radiation ne peut intervenir en cours d'année.

La démission est donnée par écrit par lettre recommandée avec avis de réception adressée aux services administratifs de la mutuelle :

- soit au plus tard le 31 octobre pour une prise en compte au 1^{er} janvier suivant. Passé ce délai, la démission ne prendra effet qu'au 31 décembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date,
- soit dans un délai de 20 jours à compter de la date d'envoi des avis d'échéance annuelle de cotisation pour prendre effet au 31 décembre de la même année.

Sur demande, il sera adressé un certificat de radiation, excepté si l'adhérent n'est pas à jour de ses cotisations.

10.2. RÉSILIATION EN RAISON DE LA SURVENANCE D'UN FAIT PRÉCIS

Pour les opérations individuelles, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle et lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

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

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée des documents justifiant du changement de situation.

La mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

11. ACTION SOCIALE

Des secours exceptionnels, pris sur un budget annuel voté par le Conseil d'administration, peuvent être accordés aux membres participants qui rencontrent des situations particulièrement douloureuses d'ordre social ou financier liées à des problèmes de santé, et qui auront expressément saisi la mutuelle.

Ils sont accordés par la Commission d'action sociale prévue à l'article 2 du Règlement intérieur.

Il est demandé à l'adhérent de remplir une fiche d'information sur laquelle apparaîtront ses ressources pour l'année N-1, ses garanties souscrites auprès de la mutuelle, et le cadre de sa demande.

Les secours exceptionnels peuvent revêtir deux formes :

- un don,
- et / ou un prêt sur l'honneur dont le montant et la durée sont fixés par la commission sans pouvoir excéder 5.000 euros sur une durée de 60 mois. Il n'est pas décompté d'intérêts, ni de frais.

Les décisions de la Commission d'action sociale sont discrétionnaires et insusceptibles de recours. Elle avise chaque demandeur d'un secours de la décision qui a été prise.

12. INFORMATION DES ADHÉRENTS

La MNCE édite une publication dénommée « LA REVUE DES CAISSES D'EPARGNE » dont elle est propriétaire du titre.

Tout adhérent à la mutuelle reçoit ce bulletin d'information dont le montant de l'abonnement est inclus dans la cotisation annuelle.

Toutes modifications des Statuts, du Règlement mutualiste ou du Règlement intérieur, sont publiées dans la Revue.

Cette publication emporte notification à l'adhérent des modifications apportées.

Pour les opérations collectives, le souscripteur remet aux membres participants une notice d'information, visée par la MNCE, résumant leurs droits et obligations. Il avise les participants de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu.

13. CARTE MUTUALISTE

Cette carte atteste des droits de l'adhérent.

Elle est adressée à chaque nouvel adhérent lors de son adhésion.

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

Dans le cas contraire, la mutuelle pourra interrompre la prise en charge des dépenses de santé de l'adhérent et de ses ayants droit et exiger le remboursement des sommes dues et ce, conformément à l'article 9 du présent Règlement.

En cas de non-paiement, radiation, changement d'état civil, d'adresse, de situation familiale, la carte mutualiste doit être immédiatement retournée à la mutuelle pour annulation ou rectification.

L'adhérent s'engage à signaler à la mutuelle, dans le mois qui suit sa survenance, toute modification intervenant dans sa situation, adresse, affiliation, état civil, etc.

14. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations énoncées au présent Règlement se prescrivent par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là,
- quand l'action du membre participant, ou de l'ayant droit contre la mutuelle, a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans pour les actions dérivant des opérations ayant pour objet des engagements dont l'exécution dépend de la durée de vie humaine, le versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfant ou de faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés, et lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant, ainsi que pour les actions dérivant des opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre

recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à l'union en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

15. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Des renseignements concernant les membres honoraires ou participants et leurs ayants droit figurent pour certains d'entre eux dans les fichiers informatiques à l'usage de la MNCE. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, tout intéressé peut en obtenir communication et rectification en adressant une demande écrite à la MNCE - 7, rue Léon Patoux - BP 1032 - 51686 REIMS CEDEX 2.