

Notice d'information

Garanties Accès Santé

Statuts de l'Association

pour l'Accès à la Complémentaire Santé des Populations
en Précarité (ACS-P)

et Statuts de la Mutuelle Ociane

Notice d'information Garanties Accès Santé

Chapitre 1 - Dispositions générales	4
Article 1 - Objet de la présente notice d'information	4
Article 2 - Risques couverts – Territorialité de la couverture	4
Article 3 - Conditions d'adhésion	4
3.1 Modalités d'adhésion	4
3.2 Modalités de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé « ACS »	4
3.3 Bénéficiaires des garanties	5
3.4 Prise d'effet de l'adhésion au contrat	5
3.5 Durée de l'adhésion au contrat	5
3.6 Expiration des droits au bénéfice de la déduction	5
Article 4 - Événements survenant en cours d'adhésion	6
4.1 Nouveaux bénéficiaires	6
4.2 Autres modifications	6
Article 5 - Résiliation des garanties, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité	6
5.1 À l'initiative de l'adhérent	6
5.2 À l'initiative de la Mutuelle ou Union Gestionnaire	7
5.3 À l'initiative du souscripteur du contrat collectif, l'Association ACS-P	7
5.4 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion	7
Chapitre 2 - Garanties frais de santé	7
Article 6 - Cadre général	7
6.1 Date d'entrée en vigueur des garanties	7
6.2 Base de remboursement	7
6.3 Pluralité de garanties frais de santé	7
6.4 Limites de remboursement	7
6.5 Garanties solidaires conformes au cahier des charges des contrats responsables et au cahier des charges tel que prévu par le décret N° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats ACS	7
6.6 Non prise en charge de certaines prestations	7
Article 7 - Versement des prestations	7
7.1 Ouverture des droits aux remboursements des prestations	7
7.2 Règlement des prestations	8
7.3 Contrôle	8
Chapitre 3 - Cotisations	8
Article 8 - Détermination des cotisations	8
Article 9 - Évolution des cotisations	8
Article 10 - Paiement de la cotisation	8
10.1 Règlement de la cotisation	8
10.2 Incident de paiement	8
10.3 Non-paiement de la cotisation	9
Chapitre 4 - Dispositions diverses	9
Article 11 - Couverture des accidents	9
11.1 Recours subrogatoire	9
11.2 Déclaration d'accident	9
11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires	9
11.4 Tiers payant en cas d'accident	9
Article 12 - Prescription	9
Article 13 - Informatique et libertés	9
Article 14 - Échanges de données informatisées	9
Article 15 - Vigilance financière - Lutte anti-blanchiment	9
Article 16 - Réclamations - Médiation	10
Article 17 - Droit de renonciation dans le cas d'une adhésion à distance	10
Article 18 - Modification du contrat collectif	10
Article 19 - Durée du contrat collectif - Résiliation - Conséquence du retrait d'un des coassureurs	10
19.1 Durée du contrat collectif	10
19.2 Conséquence du retrait d'un des coassureurs	10
19.3 Résiliation du contrat collectif par le souscripteur	10
Article 20 - Autorité de contrôle	10
ANNEXE : TABLEAUX DES GARANTIES	11

Statuts de l'association pour l'accès à la complémentaire santé des populations en précarité

Article 1 ^{er} - Dénomination	15
Article 2 - But - objet	15
Article 3 - Siège social	15
Article 4 - Durée	15
Article 5 - Composition de l'Association	15
Article 6 - Admission des membres actifs, membres distributeurs, membres d'honneur et des autres membres coassureurs	15
Article 7 - Cotisations	15
Article 8 - Radiation - démission	15
Article 9 - Adhésion	16
Article 10 - Ressources	16
Article 11 - Assemblée générale - Composition - Élection - Désignation	16
Article 12 - Assemblée générale extraordinaire	16
Article 13 - Conseil d'administration	16
Article 14 - Vacance au sein du Conseil d'administration	17
Article 15 - Fonctionnement du Conseil d'administration	17
Article 16 - Le bureau	17
Article 17 - Indemnités	17
Article 18 - Exercice social	17
Article 19 - Règlement intérieur	17
Article 20 - Dissolution	17

Statuts de la mutuelle Ociane

TITRE I^{er} - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	18
Chapitre I - Formation et objet de la mutuelle	18
Chapitre II - Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion	18
<i>Section 1 – Adhésion</i>	18
<i>Section 2 – Démission, radiation, exclusion</i>	18
TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	19
Chapitre I - Assemblée générale	19
<i>Section 1 – Composition, élection</i>	19
<i>Section 2 – Réunions de l'Assemblée générale</i>	19
<i>Section 3 – Attributions de l'Assemblée générale</i>	20
Chapitre II - Conseil d'administration	21
<i>Section 1 – Composition, élections</i>	21
<i>Section 2 – Réunions du Conseil d'administration</i>	21
<i>Section 3 – Attributions du Conseil d'administration</i>	21
<i>Section 4 – Statut des administrateurs</i>	22
Chapitre III - Président et bureau	22
<i>Section 1 – Élection et missions du président</i>	22
<i>Section 2 – Composition, élection et missions du bureau</i>	22
Chapitre IV - Organisation financière	22
<i>Produits et charges</i>	22
TITRE III - DISPOSITIONS DIVERSES	23

NOTICE D'INFORMATION

ACCÈS SANTÉ

Préambule

Cette notice constitue la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, résumant les dispositions générales du contrat collectif complémentaire frais de Santé, à adhésion facultative et individuelle Accès Santé souscrit :

> par L'ASSOCIATION POUR L'ACCÈS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES POPULATIONS EN PRÉCARITÉ (ACS-P), dénommée également ci-après « le Souscripteur » ou « ACS-P »,

> auprès des Mutuelles et Union :

HARMONIE MUTUELLE, ADREA MUTUELLE, APREVA MUTUELLE, EOVI-MCD MUTUELLE, MUTUELLE DE FRANCE PLUS, MUTUELLE CIVILE DE LA DÉFENSE (MCD_{def}), MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉCONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE (MGEFI), MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MGEN), UNION HARMONIE MUTUALITÉ, MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE (MNT), MUTUELLE OCIANE, MUTUELLE GÉNÉRALE ENVIRONNEMENT ET TERRITOIRES (MGET), en coassurance entre elles, indistinctement dénommées ci-après « les coassureurs ».

Le contrat collectif, régi par le Code de la Mutualité, est souscrit auprès des coassureurs susvisés par l'Association pour l'Accès à la Complémentaire Santé des Populations en Précarité (ACS-P) au profit de ses membres, dans le cadre du dispositif prévu :

> par le décret N° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la Sécurité sociale.

> et en application du décret précité, par l'avis d'appel public à la concurrence, publié au JORF du 17 décembre 2014, relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé (ACS) susceptibles de bénéficier d'un crédit d'impôt mentionné à l'article L.863-1 du code de la Sécurité sociale.

Le contrat collectif **figure sur la liste des contrats « ACS » sélectionnés à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6 du code de la Sécurité sociale.**

Les garanties frais de santé du contrat collectif bénéficient de la garantie technique et financière des Mutuelles et Union, coassureurs entre elles.

Elles ont confié la coordination du dispositif à la mutuelle HARMONIE MUTUELLE qu'elles ont désignée en tant qu'apériteur.

Les coassureurs susvisés sont également membres de l'ACS-P.

Chapitre 1 - Dispositions générales

Article 1 - Objet de la présente notice

Cette notice constitue un document d'information destiné à éclairer l'adhérent sur les principales dispositions du contrat collectif souscrit auprès des Mutuelles et Union coassureurs susvisés par l'ACS-P au profit de ses membres, bénéficiaires de l'ACS et de leurs éventuels ayants droit (tels que définis à l'article 3.3).

Le contrat collectif a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques des coassureurs, de l'ACS-P et des membres de l'ACS-P, bénéficiaires de l'ACS qui ont adhéré à titre facultatif et individuel à ce contrat.

Conformément à l'article L.221-6 du code de la Mutualité, il est établi la présente notice d'information remise avec le bulletin individuel d'adhésion et le tableau descriptif des garanties frais de santé.

Article 2 - Risques couverts - Territorialité de la couverture

Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de l'engagement contractuel, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance Maladie Obligatoire Française.

L'adhésion au contrat collectif est ouverte à l'ensemble des bénéficiaires de l'ACS résidant en France Métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint Martin et Saint Barthélemy.

Article 3 - Conditions d'adhésion

L'adhésion au contrat collectif du bénéficiaire de l'ACS est régie par :

- le bulletin individuel d'adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de son adhésion, les personnes assurées et la nature des garanties effectivement souscrites,
- la présente notice d'information,
- le tableau descriptif des garanties frais de santé.

Article 3.1 - Modalités d'adhésion

Toute personne physique, remplissant les conditions prévues à l'article L 863-1 du code de la Sécurité sociale pour bénéficier d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS), après production de l'attestation délivrée par la caisse d'assurance maladie obligatoire française dont elle relève, peut adhérer au contrat collectif, pour elle-même et ses éventuels ayants droit (tels que définis à l'article 3.3).

L'accès au contrat collectif et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé des personnes qui n'auront pas à répondre à un questionnaire de santé.

L'adhérent a le choix entre 3 niveaux de

garanties A, B, C (Régime général /Régime local) dont les contenus détaillés figurent sur le tableau descriptif des garanties frais de santé.

L'adhérent complète et signe un bulletin individuel d'adhésion au contrat collectif qui comporte, notamment :

- les références de l'Association et des coassureurs,
- le niveau de garantie « Accès Santé » retenue par ses soins pour l'ensemble des bénéficiaires tels qu'indiqués au bulletin d'adhésion,
- ses éventuels ayant(s) droit à garantir.

L'adhérent au contrat collectif est membre participant de la Mutuelle qui lui a distribué l'offre de garanties « Accès Santé ».

La signature du bulletin individuel d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des Statuts de l'Association, des Statuts de la Mutuelle et le cas échéant, du Règlement Intérieur de la Mutuelle dont il est membre participant, des droits et obligations définis par le contrat collectif et repris dans la présente notice d'information, du tableau descriptif des garanties.

L'adhérent reçoit préalablement à la signature du bulletin individuel d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

Article 3.2 - Modalités de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé « ACS »

La personne remplissant les conditions prévues à l'article L 863-1 du code de la Sécurité sociale peut bénéficier d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS), sur présentation d'une attestation de sa caisse d'assurance maladie obligatoire.

Conformément aux dispositions de l'article L 863-2 du code de la Sécurité sociale, cette aide sera déduite par l'organisme assureur du montant de la cotisation normalement applicable à l'assuré et à ses bénéficiaires assurés et uniquement pour la souscription d'un contrat sélectionné dans le cadre de la mise en concurrence prévue par l'article L863-6 du code de la Sécurité sociale.

a) Conditions pour bénéficier d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS)

Les articles L 863-1 et suivants du code de la Sécurité sociale prévoient que, pour pouvoir bénéficier de la réduction, le bénéficiaire doit :

- présenter à l'organisme assureur l'attestation ou le duplicata délivré à sa demande par la caisse d'assurance maladie obligatoire dont il relève. Les conditions pour que la caisse lui remette cette attestation sont notamment les suivantes :

> résider en France métropolitaine ou dans un département ou une collectivité d'Outre-Mer tel que précisé à l'article 2 de façon stable et régulière ;

- > avoir des ressources comprises entre le plafond prévu à l'article L 861-1 du code de la Sécurité sociale (fixé par voie réglementaire) et ce même plafond majoré de 35 %;
- souscrire ou adhérer à des contrats figurant sur la liste des offres sélectionnées publiée au Journal Officiel de la République Française. Cette liste est remise à l'adhérent par la caisse d'assurance maladie dont il dépend, au moment de la remise de l'attestation de droit (aussi dénommée « attestation chèque ») lors de leur première délivrance et à chaque renouvellement.

Ces dispositions s'appliquent aux contrats « ACS » souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} juillet 2015; à compter de cette date, seule la souscription de l'un des contrats « sélectionnés » ouvrira droit au bénéfice de l'aide.

b) Montant de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS)

L'article L 863-1 du code de la Sécurité sociale prévoit que le montant de cette aide varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer (au sens de l'article L 861-1 du code de la Sécurité sociale) couvertes par le ou les contrats.

Le ou les contrat(s) d'assurance complémentaire souscrit(s) par une même personne n'ouvre(nt) droit qu'à une seule aide par période de 12 mois; le montant de l'aide ne peut excéder le montant de la cotisation.

c) Obtention du droit à déduction

L'article R 863-2 du code de la Sécurité sociale prévoit que le bénéficiaire du droit à déduction dispose d'un délai de 6 mois à compter de la date de la décision d'attribution de cette aide pour la faire valoir auprès de l'organisme assureur qu'il aura choisi sur la liste de contrats d'assurance que lui aura remise sa caisse d'assurance maladie obligatoire.

d) Durée de la déduction

Selon l'article R 863-3 du code de la Sécurité sociale, le droit à déduction prévu par l'article L 863-2 du code de la Sécurité sociale est ouvert pour un an à compter de la date d'effet du ou des contrat(s) souscrit(s) auprès d'un assureur ou de plusieurs coassureurs (Mutuelle, entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance), choisie par le bénéficiaire de l'ACS.

Toutefois, si le bénéficiaire de l'ACS est déjà couvert par un contrat d'assurance complémentaire santé figurant parmi la liste des contrats sélectionnés à la date de remise de l'attestation, le droit à déduction prend effet le lendemain du jour de la remise de l'attestation.

L'organisme assureur délivre au bénéficiaire de l'ACS, sur demande, une attestation de la date d'effet du droit à déduction de chacun des bénéficiaires.

Le bénéficiaire de l'ACS bénéficie à compter de cette date et pour la même durée, de l'aide mentionnée à l'article L 863-1 du code de la Sécurité sociale (cf. articles 3.2.a et 3.2.b).

En cas de suspension par l'organisme assureur du versement des prestations prévues au contrat, notamment en cas de

non-paiement à l'échéance par l'adhérent de la cotisation, le bénéfice de l'aide est suspendu.

Selon les dispositions de l'article R 863-4 du code de la Sécurité sociale, si le contrat d'assurance prend fin au cours de la période d'un an, l'organisme assureur auprès duquel le contrat d'assurance a été souscrit remet alors au bénéficiaire de l'ACS:

- l'attestation de droit à déduction délivrée par la caisse d'assurance maladie obligatoire (attestation remise à l'organisme assureur par le bénéficiaire de l'aide au moment de la souscription du contrat)

Et

- une attestation indiquant la liste des personnes couvertes par le contrat et précisant la période pendant laquelle l'organisme assureur a exercé le droit à déduction.

Le bénéficiaire remet ces attestations à l'organisme assureur auprès duquel il souscrit un nouveau contrat.

e) Information du bénéficiaire de l'aide de la date d'échéance de son adhésion au contrat « ACS ».

Le bénéficiaire de l'aide est informé par l'organisme assureur de la date d'échéance de son adhésion au contrat souscrit dans le cadre de l'ACS ainsi que de la possibilité de renouveler ou non son adhésion au contrat avec le bénéfice de la déduction mentionnée à l'article L.863-2 du code de la Sécurité sociale, au minimum deux mois avant l'échéance de son adhésion.

f) Demande de renouvellement

Le bénéficiaire de l'ACS doit déposer une demande de renouvellement de son droit à déduction auprès de sa caisse d'assurance maladie obligatoire au minimum deux (2) mois avant la date d'échéance de son droit à déduction et au plus tôt quatre (4) mois avant cette même date (article R 863-1 du code de la Sécurité sociale). Il doit fournir avec sa demande la ou les attestation(s) de date d'effet du droit à déduction remise(s) par son ou ses organismes assureurs. S'il ne l'a ou ne les a plus, il doit indiquer à sa caisse d'assurance maladie obligatoire les nom et adresse du ou des organismes auprès desquels il a été fait application de son droit à déduction.

Si le bénéficiaire de l'ACS remplit toujours les conditions prévues à l'article L.863-1 du code de la Sécurité sociale, sa caisse d'assurance maladie obligatoire lui délivrera une nouvelle attestation de droits.

Conformément à l'article R 863-5 du code de la Sécurité sociale, lorsque le droit à déduction s'exerce dans le cadre de plusieurs contrats d'assurance souscrits par des personnes différentes d'un même foyer:

- la demande de renouvellement est déposée, pour l'ensemble des personnes composant le foyer, au moins deux (2) mois et au plus quatre (4) mois avant l'échéance du droit à déduction;
- si l'une des personnes n'est plus couverte, pour des raisons indépendantes de sa volonté, par son contrat d'assurance sans que tous les autres contrats aient pris fin, et alors que la période du droit à déduction n'est pas expirée, l'organisme assureur

après duquel le contrat a été souscrit lui remet, à sa demande, les attestations mentionnées à l'article R 863-4 du code de la Sécurité sociale (attestation de droit à déduction délivrée par sa caisse d'assurance maladie obligatoire et attestation délivrée par son organisme assureur indiquant la période pendant laquelle il a exercé son droit à déduction). L'intéressé remet ces deux attestations à l'organisme assureur auprès duquel il a souscrit un nouveau contrat.

Conformément à l'article R 863-6 du code de la Sécurité sociale, en cas de naissance ou d'adoption ou d'arrivée d'un enfant mineur à charge dans un foyer bénéficiaire du droit à déduction prévu par l'article L 863-2 du code de la Sécurité sociale, l'enfant donne droit pour la période de droit restant à courir, à la déduction prévue à cet article pour le bénéficiaire du contrat d'assurance et à l'aide prévue à l'article L.863-1 du code de la Sécurité sociale pour l'organisme assureur auprès duquel le contrat a été souscrit.

Lorsque le bénéficiaire du droit à déduction cesse de résider en France dans les conditions fixées par l'article L 861-1 du code de la Sécurité sociale, il est tenu d'en informer son organisme assureur auprès duquel il a fait valoir son droit. Le bénéfice de la déduction est interrompu.

Article 3.3 - Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites sur le bulletin d'adhésion individuel et couverte par un régime d'assurance maladie obligatoire:

- l'adhérent,
- et le cas échéant, ses ayants droit qui figurent sur l'attestation du droit à déduction délivrée par la caisse d'assurance maladie obligatoire dont relève l'adhérent.

Article 3.4 - Prise d'effet de l'adhésion au contrat

Sauf date expressément prévue au bulletin d'adhésion individuel, l'adhésion au contrat collectif prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle ou l'Union gestionnaire.

Article 3.5 - Durée de l'adhésion au contrat
L'adhésion au contrat collectif produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année pour une durée d'un an dans les conditions définies dans la présente notice d'information, sauf dénonciation selon les modalités définies ci-après à l'article 5 et sous réserve des dispositions de l'article 4.

Article 3.6 - Expiration des droits au bénéfice de la déduction prévue par l'article L.863.2 - prolongation de l'adhésion au contrat collectif « Accès Santé »

Conformément aux dispositions de l'article L.863-7 du code de la Sécurité sociale, toute personne ayant bénéficié du contrat collectif, reçoit de la Mutuelle ou de l'Union gestionnaire, la proposition:

- soit de prolonger son adhésion pour une période d'un an,
- soit de souscrire un autre contrat parmi les contrats sélectionnés.

Si l'adhérent choisit de prolonger son adhésion au contrat collectif, il bénéficie du même tarif que celui applicable aux autres bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé, sans la déduction opérée au titre de l'article L.863-2 du code de la Sécurité sociale.

Article 4 - Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer auprès de sa Mutuelle ou Union gestionnaire, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, la perte du bénéfice de l'aide au paiement d'une complémentaire santé ainsi que tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

En cas de perte du bénéfice de l'aide au paiement d'une complémentaire santé en cours d'adhésion, l'adhésion sera résiliée dans les conditions visées à l'article 5.1.3. Toute modification d'un des autres critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation, dans les modalités décrites à l'article 8.

Article 4.1 - Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption.	A la date de naissance ou d'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité (sous réserve qu'il figure sur l'attestation du droit à déduction délivrée par la caisse d'assurance maladie obligatoire dont relève l'adhérent).	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires (sous réserve qu'ils figurent sur l'attestation du droit à déduction délivrée par la caisse d'assurance maladie obligatoire dont relève l'adhérent).	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

Article 4.2 - Autres modifications

a) Cas général

Les autres modifications prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle ou Union gestionnaire.

b) Cas particuliers des modifications tenant à la durée de la déduction de l'aide à la complémentaire santé et à ses demandes de renouvellement

Se reporter aux articles 3.2.c et 3.2.d ci-dessus.

Article 5 - Résiliation des garanties, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

Article 5.1 - A l'initiative de l'adhérent

Article 5.1.1 - Résiliation anticipée par l'adhérent en cas de non-respect des engagements pris par les coassureurs au titre du contrat collectif

Aux termes de l'article R.863-15-1 du code de la Sécurité sociale, s'il est constaté que les coassureurs ne respectent pas les engagements pris dans le cadre du contrat collectif, ledit contrat peut être radié par le Ministre chargé de la Sécurité sociale de la liste des contrats sélectionnés.

La Mutuelle ou l'Union gestionnaire informe, dans un délai d'un (1) mois à compter de l'arrêté de radiation, l'adhérent des conséquences de cette radiation au regard du bénéfice de l'aide mentionnée à l'article L.863-2, pour lui permettre de résilier son adhésion au contrat collectif dans un délai de trois (3) mois à compter de la date d'envoi de cette information.

À compter de la date de publication de l'arrêté de radiation, le contrat collectif ne pourra plus donner lieu à adhésion avec le bénéfice de l'aide mentionnée à l'article L.863-2 du code de la Sécurité sociale.

En cas de résiliation à ce titre par l'adhérent, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire lui rembourse la part des cotisations correspondant à la période pendant laquelle la garantie n'a pas couru.

Les coassureurs informeront dans le même délai, l'ACS-P souscripteur du contrat collectif.

Article 5.1.2 - Résiliation en fin d'année ou radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut mettre fin aux garanties ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à sa Mutuelle ou Union gestionnaire une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

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

Article 5.1.3 - Résiliation à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que sa Mutuelle ou Union gestionnaire n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Perte de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé par l'adhérent.	Si la demande parvient à sa Mutuelle ou Union gestionnaire après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Attribution de la CMU à l'adhérent.	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci ait été faite dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information.
Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire frais de santé	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci ait été faite dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information.
Remise d'une nouvelle notice d'information après modification du contrat collectif	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci ait été faite dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information.
Décès de l'adhérent.	La résiliation prend effet au jour du décès.

La Mutuelle ou Union gestionnaire rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Article 5.1.4 - Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit.	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que sa Mutuelle ou Union gestionnaire n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la CMU à l'ayant droit.	Si la demande parvient à sa Mutuelle ou Union gestionnaire après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire frais de santé.	Si la demande parvient à sa Mutuelle ou Union gestionnaire après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Perte de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé par l'adhérent	Si la demande parvient à sa Mutuelle ou Union gestionnaire après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Décès de l'ayant droit.	La résiliation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation.	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en compte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

Article 5.2 - A l'initiative de la Mutuelle ou Union Gestionnaire

Article 5.2.1 - En cas de non-paiement

La Mutuelle ou Union gestionnaire peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article 10.3.

Article 5.2.2 - En cas de perte des droits survenue en cours d'adhésion

À la fin du mois suivant la perte des droits à l'aide à la complémentaire santé survenue en cours d'adhésion, la Mutuelle ou Union gestionnaire procédera d'office et sans autre avis de sa part à la résiliation de son adhésion.

Article 5.2.3 - Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la couverture accordée à l'adhérent par le contrat collectif est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les coassureurs qui le garantissent, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux coassureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues de l'exercice civil en cours, à titre de dommages et intérêts.

Article 5.3 - A l'initiative du souscripteur du contrat collectif, l'Association ACS-P

En sa qualité de souscripteur du contrat collectif, l'Association ACS-P a la faculté de procéder à la résiliation de ce dernier dans les conditions prévues à l'article 19.3 ci-après.

Article 5.4 - Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle ou Union gestionnaire. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou encore d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de

santé, à retourner à sa Mutuelle ou Union gestionnaire la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services associés à son adhésion dont il bénéficiait au titre de son adhésion au contrat collectif et au titre de son adhésion à sa Mutuelle dont il était membre participant.

Chapitre 2 - Garanties frais de santé

Article 6 - Cadre général

Article 6.1 - Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties Santé Aide Complémentaire Santé telles retenues sur ledit bulletin à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci selon les modalités des articles 3.4 et 4.1 décrites. Les prestations sont assurées pendant la période d'effet des garanties sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article 10 ci-dessous. L'adhérent ne peut changer de niveau de garantie en cours d'année. Il ne pourra le faire que lors du renouvellement de son adhésion.

Article 6.2 - Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au tableau descriptif des garanties, le versement des prestations garanties est soumis à l'intervention de l'assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire des Conseils d'Administration des coassureurs, les montants des remboursements des coassureurs demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

Article 6.3 - Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Article 6.4 - Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent :

- excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit,
- dépasser les plafonds d'indemnisation fixés aux articles L871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Article 6.5 - Garanties solidaires conformes au cahier des charges des contrats responsables et au cahier des charges tel que prévu par le décret N° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats ACS

Le contrat collectif respecte le dispositif des contrats solidaires : Aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des bénéficiaires.

Le contrat collectif est conforme au cahier des charges des contrats responsables tel que prévu aux articles L871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

À ce titre et dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, les garanties ne prennent pas en charge :

- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.
- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale, en cas de prolongation de l'adhésion au contrat collectif dans les conditions visées à l'article 3.6.

Article 6.6 - Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par les coassureurs :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'assurance maladie obligatoire ;
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

Article 7 - Versement des prestations

Article 7.1 - Ouverture des droits aux remboursements des prestations

L'ouverture des droits aux remboursements des prestations prend effet à la date de prise d'effet de l'adhésion telle que mentionnée à l'article 3.4.

Les dépenses de santé engagées antérieurement à la date d'ouverture des droits aux prestations ne sont pas prises en charge.

Pour les bénéficiaires inscrits postérieurement à l'adhésion, la date d'ouverture des droits à remboursement de prestations correspond à la date indiquée à l'article 4.1.

Article 7.2 - Règlement des prestations

Article 7.2.1 - Dispense d'avance de frais (Tiers payant)

La Mutuelle ou Union gestionnaire s'engage à mettre en place la dispense d'avance de frais à hauteur des garanties prévues par le contrat collectif pour les soins de ville, à l'exception des frais d'optique et d'audioprothèse, dans les conditions prévues dans le cahier des charges de l'avis d'appel public à la concurrence paru au Journal officiel de la République Française du 17 décembre 2014.

Article 7.2.2 - Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du Régime d'assurance maladie obligatoire français, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties, les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle ou Union gestionnaire calcule le remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'assurance maladie obligatoire.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

Article 7.2.3 - Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire ;
- les dates de début et de fin de séjour pour l'hospitalisation ou la maternité ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

Article 7.2.4 - Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :
- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la Mutuelle ou Union gestionnaire pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées, ou tout autre document justificatif) ;

- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les garanties pour lesquelles il est nécessaire de connaître la position de la dent et le matériau utilisé, un devis ou une facture détaillée doit être fourni(e) à la Mutuelle ou Union gestionnaire.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle ou Union gestionnaire par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle ou Union gestionnaire sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre Mutuelle ou Union » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de Tiers payant pour la seule part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle ou Union gestionnaire des décomptes de prestations émis par l'assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

Article 7.2.5 - Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Dans le cas où des accords ont été passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement à ces professionnels de santé ou établissements.

Article 7.3 - Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.) ainsi qu'aux conditions d'attribution de ses prestations, la Mutuelle ou Union gestionnaire se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat collectif.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge. Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle ou Union gestionnaire, afin

d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le Régime d'assurance maladie obligatoire.

Chapitre 3 - Cotisations

Article 8 - Détermination des cotisations

Les cotisations sont déterminées en fonction de la garantie choisie, du Régime d'assurance maladie obligatoire, du nombre et de l'âge des personnes garanties (âge calculé par différence de millésime entre l'année de cotisation et l'année de naissance -1).

Les cotisations varient avec l'âge des bénéficiaires au 1^{er} janvier de chaque année.

Toute modification d'un autre de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant des cotisations.

Ces dernières s'entendent toutes taxes comprises et sont maintenues sur la base de ceux qui ont été retenus à l'issue de la procédure de mise en concurrence, à compter du 1^{er} juillet 2015 jusqu'à l'échéance du contrat collectif, sous réserve de la possibilité, pour les Conseils d'Administration des coassureurs, de procéder à une revalorisation annuelle ultérieure telle qu'indiquée à l'article 9 ci-après.

Article 9 - Évolution des cotisations

En cas de revalorisation annuelle des cotisations, les coassureurs s'engagent à limiter ladite revalorisation à l'évolution annuelle de l'objectif national d'assurance maladie fixée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année antérieure, conformément aux dispositions prévues au point V Tarification dans le cahier des charges de l'avis d'appel public à la concurrence paru au Journal Officiel de la République Française du 17 décembre 2014 ; cette revalorisation s'applique aux tarifs hors taxes du contrat collectif.

Toutefois, et à titre dérogatoire, des demandes ponctuelles des coassureurs relatives à des variations tarifaires dans des proportions plus importantes que celles susmentionnées - notamment dès lors que des changements à caractère significatif sont intervenus (aggravation de la sinistralité, évolution démographique et modification de la réglementation) - pourront être soumises au pouvoir responsable du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes.

Article 10 - Paiement de la cotisation

Article 10.1 - Règlement de la cotisation

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

Article 10.2 - Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle ou Union gestionnaire se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment provisionné ».

Article 10.3 - Non-paiement de la cotisation
 À défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la Mutuelle ou Union gestionnaire à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle ou Union gestionnaire, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leur effet le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle ou Union gestionnaire la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle ou Union gestionnaire de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau, sous réserve qu'il bénéficie de la déduction visée à l'article L863-1 du code de la Sécurité sociale, :

- le lendemain de la date de la résiliation, si la demande d'adhésion parvient à la Mutuelle ou Union gestionnaire dans les 6 mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ;
- à défaut, 2 ans après la date de la résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée comme une nouvelle adhésion.

Chapitre 4 - Dispositions diverses

Article 11 - Couverture des accidents

Les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire prennent à leur charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au contrat collectif et selon les modalités prévues ci-après.

Ils se réservent le droit d'effectuer un recours subrogatoire en cas de tiers responsable.

Article 11.1 - Recours subrogatoire

Les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire sont subrogés de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par les coassureurs ou le cas échéant, par la Mutuelle ou l'Union gestionnaire, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Article 11.2 - Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à sa Mutuelle ou Union gestionnaire, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par ladite Mutuelle ou Union.

À défaut d'information par l'adhérent, les coassureurs ou le cas échéant la Mutuelle ou l'Union gestionnaire se réservent le droit de faire application de l'article 15 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident.

Article 11.3 - Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

Les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire n'interviennent dans les remboursements de frais consécutifs à des accidents sportifs ou scolaires, qu'en complément de la Sécurité sociale et des organismes spécialisés couvrant ces risques et ce, dans la limite des tarifs conventionnels et des dépenses engagées.

Toutefois, lorsque les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire sont signataires de conventions avec des organismes spécialisés dans les domaines des assurances scolaires ou sportives, ils participent aux remboursements des frais dans les limites fixées par voie conventionnelle, cette participation ne pouvant excéder 50 % des frais évalués sur le tarif de responsabilité.

Article 11.4 - Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne leur incombent pas ou ne leur incombent que partiellement, et si les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire effectuent le Tiers payant des frais à titre d'avance, ils pourront intervenir en Tiers payant subrogés de plein droit dans leur action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

Article 12 - Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au contrat collectif se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou Union gestionnaire en a eu connaissance,

- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre les coassureurs ou le cas échéant, la Mutuelle ou l'Union gestionnaire 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 l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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 les coassureurs ou le cas échéant, par la Mutuelle ou l'Union gestionnaire à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent ou son ayant droit à la Mutuelle ou Union gestionnaire, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 13 - Informatique et libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent et ses ayants droit peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant sur tout fichier à l'usage de l'ACS-P, des coassureurs, de leur Mutuelle ou Union gestionnaire. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de données les concernant.

Pour exercer ce droit et pour s'opposer sans frais à l'utilisation à des fins de prospection commerciale de ces informations, il suffit de s'adresser au siège social de la Mutuelle ou Union gestionnaire.

Il est rappelé en outre que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la Mutuelle ou Union gestionnaire pour la lutte contre les fraudes et le respect de ses obligations légales et réglementaires (notamment lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

Article 14 - Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'assurance maladie obligatoire et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre leur Mutuelle ou Union gestionnaire et leur caisse d'assurance maladie obligatoire dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre leur Mutuelle ou Union gestionnaire et leur régime d'assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à leur Mutuelle ou Union.

Article 15 - Vigilance financière – Lutte anti-blanchiment

La Mutuelle ou Union gestionnaire s'engage à mettre en place des systèmes d'évaluation et de gestion des risques de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme conformément à l'article L561 du code

Monétaire et Financier et aux articles R211-28 et suivants du code de la Mutualité. La Mutuelle ou Union gestionnaire s'engage à faire toutes les déclarations nécessaires à la cellule TRACFIN.

Article 16 - Réclamations - Médiation

Les modalités d'examen des réclamations des adhérents s'établissent selon la Recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) du 15 décembre 2011 et sont à la disposition des adhérents en s'adressant auprès de leur Mutuelle ou Union gestionnaire. Les conditions et modalités de saisine du médiateur sont transmises sur demande, par la Mutuelle ou Union gestionnaire.

Article 17 - Droit de renonciation dans le cas d'une adhésion à distance

En cas de conclusion de l'adhésion individuelle selon une technique de communication à distance ou en dehors d'un établissement représentant la Mutuelle distributrice, conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion pour y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle ou à l'Union gestionnaire. Cette renonciation devra prendre la forme d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée à la Mutuelle ou à l'Union gestionnaire. Elle sera rédigée comme suit : « Je soussigné(e)... (nom/prénom) N° d'adhérent... demeurant (adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion à la garantie « intitulé de la garantie souscrite » et entends recevoir dans un délai maximum de 30 jours, la restitution de l'intégralité de ma cotisation déjà versée, soit...€ ». La Mutuelle ou l'Union gestionnaire s'engage à restituer à l'adhérent l'intégralité de la somme versée dans le délai convenu. Les éventuelles prestations versées pendant cette période seront déduites par la Mutuelle ou l'Union gestionnaire de la cotisation remboursée, et ce dans un délai de 30 jours à compter de la demande.

Article 18 - Modification du contrat collectif

Toute modification ultérieure du contrat collectif s'effectue par voie d'avenants signés par les représentants légaux du souscripteur l'ACS-P et des coassureurs. Les adhérents seront informés des modifications par remise d'une nouvelle notice d'information.

Article 19 - Durée du contrat collectif – Résiliation - Conséquence du retrait d'un des coassureurs

Article 19.1 - Durée du contrat collectif

Le contrat collectif « Accès Santé » prend effet au 1^{er} juillet 2015 et est conclu pour une durée de trois (3) ans correspondant à la première durée d'obtention de l'inscription du contrat collectif conformément à l'article 2 du décret N° 2014-1144 du 8 octobre 2014, sur la liste de ceux donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L. 863-6 du code de la Sécurité sociale et expirant le 30 juin 2018. Toutefois, dans la mesure où les adhérents ont la possibilité, conformément à l'article L 863-7 du code de la Sécurité Sociale, de

choisir de prolonger leur adhésion, dans les conditions prévues à l'article 3.6 ci-dessus, le contrat collectif pourra être prolongé jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'adhésion en cours (soit au plus tard jusqu'au 30 juin 2019).

Article 19.2 - Conséquence du retrait d'un des coassureurs

Les adhérents sont informés dans un délai d'un mois à compter de la date de prise d'effet du retrait d'un des coassureurs, par leur Mutuelle ou Union gestionnaire de ce retrait, de l'éventuel rajout de coassureur(s), du maintien de leurs garanties et de la possibilité, s'ils le souhaitent de résilier leur adhésion au contrat collectif dans un délai de trois (3) mois à compter de la date d'envoi de cette lettre d'information.

Article 19.3 - Résiliation du contrat collectif par le Souscripteur

Le souscripteur, l'Association ACS-P, peut résilier le contrat collectif annuellement, par lettre recommandée adressée à la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE, apériteur, au plus tard le 31 octobre de l'année civile.

Article 20 - Autorité de Contrôle

Les coassureurs et les Mutuelles et Unions gestionnaires sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.), située 61, rue Taitbout, 75436 PARIS cedex 09.

ASSOCIATION POUR L'ACCÈS A LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES POPULATIONS EN PRÉCARITÉ, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, dont le siège social est situé 143 rue Blomet, 75015 PARIS (dénommée également « ACS-P »)

HARMONIE MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 538 518 473, ayant son siège social 143 rue Blomet, 75015 PARIS,

ADREA MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 311 799 878, ayant son siège social 25, Place de la Madeleine, 75008 PARIS,

APREVA MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 627 391, ayant son siège social 20, boulevard Papin, BP 1173, 59012 LILLE Cedex,

EOVI-MCD MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 317 442 176, ayant son siège social 44, rue Copernic, CS 11709 – 75773 PARIS Cedex 16,

MUTUELLE DE FRANCE PLUS, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 782 814 818, ayant son siège social 146 A, avenue de Toulon, 13010 MARSEILLE,

MUTUELLE CIVILE DE LA DÉFENSE (MCDef), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 784 621 476, ayant son siège social 45 rue de la Procession, 75739 PARIS CEDEX 15,

MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉCONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE (MGEFI)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 499 982 098, ayant son siège social 6 rue Bouchardon, 75010 PARIS,

MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MGEN)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 685 399, ayant son siège social 3 square Max-Hymans, 75015 PARIS,

MUTUELLE GÉNÉRALE ENVIRONNEMENT ET TERRITOIRES (MGET)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 671 910, ayant son siège social 76-78 avenue de Fontainebleau, 94274 LE KREMLIN BICETRE Cedex,

MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE (MNT)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 678 584, ayant son siège social 7 rue Bergère, 75009 PARIS,

MUTUELLE OCIANE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 434 243 085, ayant son siège social 8, Terrasse du Front du Médoc, 33054 BORDEAUX Cedex,

UNION HARMONIE MUTUALITÉ, Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 350 879 078, ayant son siège social 143, rue Blomet, 75015 PARIS.

ANNEXE

TABLEAUX DES GARANTIES ACCÈS SANTÉ

Accès Santé - Contrat A

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/07/2015

Régime Général Obligatoire* (à titre indicatif)	MUTUELLE*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	

SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes	70 %	30 %		100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
PHARMACIE SELON SERVICE MÉDICAL RENDU (SMR)				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	0 %		15 %
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes médicaux techniques et d'échographie	70 %	30 %		100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	30 %		100 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MÉDICAUX				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %		100 %
Prothèses auditives	60 %	40 %		100 %
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	0 %		65 % ou 70 %
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
MATERNITÉ				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	100 %			100 %
OPTIQUE ⁽¹⁾				
Équipement complet optique à verres simples ⁽²⁾	60 %	40 %		100 %
Équipement complet optique à verres complexes ⁽³⁾	60 %	40 %		100 %
Équipement complet optique à verres très complexes ⁽⁴⁾	60 %	40 %		100 %
Équipement complet optique avec un verre simple et un verre complexe	60 %	40 %		100 %
Équipement complet optique avec un verre simple et un verre très complexe	60 %	40 %		100 %
Équipement complet optique avec un verre complexe et un verre très complexe	60 %	40 %		100 %
Lentilles acceptées par le RO	60 %	40 %		100 %
<small>(1) Le remboursement de la monture est limité à 150 €/équipement (2) verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries. (3) verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs (4) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.</small>				
DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %		100 %
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire ⁽⁵⁾				
- Prothèses	70 %	30 %	25 %	125 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	25 %	125 %
Prothèses mobiles	70 %	30 %	25 %	125 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	25 %	125 %
<small>Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle. (5) Le bridge de base est pris en charge conformément à la CCAM.</small>				

* CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Accès Santé - Contrat B

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/07/2015

Régime Général Obligatoire* (à titre indicatif)	MUTUELLE*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	

SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes	70 %	30 %		100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
PHARMACIE SELON SERVICE MÉDICAL RENDU (SMR)				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	0 %		15 %
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes médicaux techniques et d'échographie	70 %	30 %		100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	30 %		100 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MÉDICAUX				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %		100 %
Prothèses auditives	60 %	40 %		100 %
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	0 %		65 % ou 70 %
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
MATERNITÉ				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	100 %			100 %
OPTIQUE ⁽¹⁾				
Équipement complet optique à verres simples ⁽²⁾	60 %	100 €		60 % + 100 €
Équipement complet optique à verres complexes ⁽³⁾	60 %	200 €		60 % + 200 €
Équipement complet optique à verres très complexes ⁽⁴⁾	60 %	200 €		60 % + 200 €
Équipement complet optique avec un verre simple et un verre complexe	60 %	150 €		60 % + 150 €
Équipement complet optique avec un verre simple et un verre très complexe	60 %	150 €		60 % + 150 €
Équipement complet optique avec un verre complexe et un verre très complexe	60 %	200 €		60 % + 200 €
Lentilles acceptées par le RO ⁽⁵⁾	60 %	100 €		60 % + 100 €
<i>(1) fréquence de renouvellement de l'équipement optique tous les 2 ans, sauf enfant < 18 ans et évolution de la vue (renouvellement annuel autorisé) Le remboursement de la monture est limité à 150 €/équipement</i>				
<i>(2) verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.</i>				
<i>(3) verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs</i>				
<i>(4) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.</i>				
<i>(5) Les lentilles sont limitées à un remboursement annuel.</i>				
DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %		100 %
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire ⁽⁶⁾				
- Prothèses	70 %	30 %	125 %	225 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	125 %	225 %
Prothèses mobiles	70 %	30 %	125 %	225 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	125 %	225 %
<i>Les remboursements de la mutuelle :</i>				
<i>- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),</i>				
<i>- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle.</i>				
<i>(6) Le bridge de base est pris en charge conformément à la CCAM.</i>				

* CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Accès Santé - Contrat C

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/07/2015

	Régime Général Obligatoire* (à titre indicatif)	MUTUELLE*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes	70 %	30 %		100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
PHARMACIE SELON SERVICE MÉDICAL RENDU (SMR)				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	0 %		15 %
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes médicaux techniques et d'échographie	70 %	30 %		100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	30 %		100 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MÉDICAUX				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %		100 %
Prothèses auditives (prise en charge au minimum du Ticket modérateur)	60 %		450 € / appareil	60 % + 450 € / appareil
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	0 %		65 % ou 70 %
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
MATERNITÉ				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	100 %			100 %
OPTIQUE⁽¹⁾				
Équipement complet optique à verres simples ⁽²⁾	60 %	150 €		60 % + 150 €
Équipement complet optique à verres complexes ⁽³⁾	60 %	350 €		60 % + 350 €
Équipement complet optique à verres très complexes ⁽⁴⁾	60 %	350 €		60 % + 350 €
Équipement complet optique avec un verre simple et un verre complexe	60 %	250 €		60 % + 250 €
Équipement complet optique avec un verre simple et un verre très complexe	60 %	250 €		60 % + 250 €
Équipement complet optique avec un verre complexe et un verre très complexe	60 %	350 €		60 % + 350 €
Lentilles acceptées par le RO ⁽⁵⁾	60 %	100 €		60 % + 100 €
<i>(1) fréquence de renouvellement de l'équipement optique tous les 2 ans, sauf enfant < 18 ans et évolution de la vue (renouvellement annuel autorisé) Le remboursement de la monture est limité à 150 €/équipement</i>				
<i>(2) verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.</i>				
<i>(3) verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs</i>				
<i>(4) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.</i>				
<i>(5) Les lentilles sont limitées à un remboursement annuel.</i>				
DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %		100 %
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire ⁽⁶⁾				
- prothèses	70 %	30 %	200 %	300 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	200 %	300 %
Prothèses mobiles	70 %	30 %	200 %	300 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	200 %	300 %
<i>Les remboursements de la mutuelle :</i>				
<i>- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),</i>				
<i>- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle.</i>				
<i>(6) Le bridge de base est pris en charge conformément à la CCAM.</i>				

* CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.

STATUTS

ASSOCIATION POUR L'ACCÈS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES POPULATIONS EN PRÉCARITÉ

Mis à jour par l'Assemblée générale du 28 septembre 2016.
Soumis à la loi sur les associations du 1^{er} juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.

Préambule

L'accès aux soins et la prévoyance des personnes les plus démunies sont des préoccupations fortes et des enjeux majeurs dans la configuration actuelle de l'offre de soins et de sa prise en charge.

C'est pour répondre à ces enjeux de santé publique et de solidarité que 5 grandes mutuelles : Adréa mutuelle, Apréva mutuelle, Eovi-Mcd mutuelle, Harmonie mutuelle et mutuelle Ociane avec ATD Quart Monde, ont décidé de promouvoir ensemble un type de contrat d'assurance complémentaire santé adapté, au travers d'une Association dont elles sont les membres fondateurs, dans le cadre des présents statuts.

Article 1 - Dénomination

Il est fondé, entre les adhérents aux présents statuts, une Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour dénomination :

« Association pour l'accès à la complémentaire santé des populations en précarité (ACS-P) ».

Article 2 - Objet

Cette Association a pour objet de favoriser par tous moyens l'accès aux soins des particuliers ; elle peut, notamment, souscrire des contrats collectifs spécifiques favorisant cet objectif, contrats adaptés aux dispositifs légaux et réglementaires tels que l'Aide à la Complémentaire Santé auxquels adhéreront les bénéficiaires de ce dispositif, membres de l'Association.

Les garanties souscrites par l'Association sont assurées par les membres coassureurs de l'Association, dans le respect des conditions législatives et réglementaires qui leur sont applicables. L'Association n'exerce elle-même aucune opération d'assurance, ni directement, ni indirectement.

L'Association n'exerce elle-même aucune opération d'assurance, ni directement, ni indirectement.

L'Association n'exerce aucune opération d'intermédiation d'assurance.

Article 3 - Siège social

Le siège social est fixé 143 Rue Blomet – 75015 PARIS.

Il pourra être transféré en tous lieux de la même commune par simple décision du Conseil d'administration ; dans les autres cas, par décision de l'Assemblée générale.

Article 4 - Durée

La durée de l'Association est illimitée.

Article 5 - Composition de l'Association

L'Association se compose de 6 collèges :

- Les membres coassureurs fondateurs ;
- Les autres membres coassureurs ;
- Les membres distributeurs ;

- Les membres actifs ;
- Les membres de droit que sont les bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé ou autres dispositifs légaux, ayant adhéré à l'un des contrats collectifs souscrits par l'Association ;
- Les membres d'honneur.

Article 5.1 - Les membres coassureurs fondateurs

Ce sont exclusivement les mutuelles relevant du Livre II du code de la Mutualité, ci-après énumérées, ayant participé directement à la fondation de l'Association et faisant partie, à ce titre, du Conseil d'administration de l'Association :

Adréa mutuelle - 104 avenue Maréchal de Saxe – 69003 Lyon. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; n° SIREN 311 799 878.

Apréva mutuelle - 20 boulevard Papin – BP 1173 – 59012 Lille Cedex. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; n° SIREN 775 627 391.

Eovi-Mcd mutuelle - 173 rue de Bercy – CS 31802 – 75584 Paris Cedex 12. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; n° SIREN 317 442 176.

Harmonie mutuelle - 143 rue Blomet – 75015 Paris. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité ; n° SIREN 538 518 473.

Mutuelle Ociane - 8 terrasse du Front du Médoc, - 33054 Bordeaux cedex. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; n° SIREN : 434 243 085.

Article 5.2 - Les autres membres coassureurs

Ce sont exclusivement les mutuelles et unions relevant du Livre II du Code de la mutualité autres que ceux mentionnés à l'article 5.1.

Article 5.3 - Les membres distributeurs non coassureurs

Ce collège comprend :

- Les mutuelles et Unions de livre II du Code de la mutualité non coassureurs qui adhèrent à l'Association pour distribuer les contrats d'assurance collective souscrits par l'Association au profit de leurs adhérents bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé conformément à l'objet social de l'Association.

Article 5.4 - Les membres actifs

Ce collège comprend :

- **L'Association ATD Quart Monde** ayant participé directement à la fondation de l'Association et faisant partie, à ce titre, du Conseil d'administration de l'Association.
- Les organismes de Sécurité sociale ainsi que les organismes agréés pour participer à la gestion d'un régime légal ou obligatoire d'assurance maladie et maternité.

- Les Associations et fédérations, agréées en santé, impliquées dans des domaines d'activité en relation avec l'objet de l'Association et les Associations d'usagers.
- Les collectivités territoriales.

Article 5.5 - Les membres de droit

Ce sont les personnes physiques adhérant aux contrats collectifs souscrits par l'Association.

Article 5.6 - Les membres d'honneur

L'Association peut donner la qualité de membre d'honneur à des personnes physiques ou morales qui partagent les valeurs et les buts de l'Association, ou qui lui ont rendu des services éminents.

Il peut s'agir également de personnes dont les compétences en relation avec les domaines d'intervention de l'Association sont particulièrement éminents.

Article 6 - Admission des membres actifs, membres distributeurs, membres d'honneur et des autres membres coassureurs

Pour faire partie de l'Association, il faut être agréé par le Conseil d'administration, qui statue, lors de chacune de ses réunions, sur les demandes d'admission présentées. Les décisions du Conseil d'administration sont souveraines et non motivées. Le Conseil d'administration peut donner délégation au Bureau.

Article 7 - Cotisations

Seuls les membres coassureurs et les membres distributeurs versent une cotisation dont le montant est fixé annuellement par l'Assemblée générale, sur proposition du Conseil d'administration.

Article 8 - Radiation - Démission

La qualité de membre se perd notamment par démission, radiation, non-paiement de la cotisation.

La qualité de membre de droit de l'Association se perd dès lors que la personne ne bénéficie plus du contrat collectif souscrit auprès de l'Association.

Article 8.1

La démission d'un membre actif ou coassureur ou distributeur doit être adressée au Président de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception, au moins 6 mois avant la fin de l'exercice civil ; elle prend effet le 31 décembre de l'année N à minuit.

Article 8.2

A la suite de l'absorption d'un membre actif ou coassureur ou distributeur par un autre organisme, l'organisme absorbant peut demander à prendre la suite de l'adhésion

de l'organisme absorbé, en présentant une demande d'adhésion devant le Conseil d'administration de l'Association.

Article 8.3

La radiation peut être prononcée par le Conseil d'administration pour non-paiement de la cotisation d'un membre coassureur ou distributeur.

Article 8.4

La radiation peut aussi être prononcée pour motif grave, le membre concerné ayant été invité (par lettre recommandée) à fournir des explications devant le Conseil d'administration. La date d'effet de la radiation est le 1^{er} jour du mois suivant la décision du Conseil d'administration.

Article 9 - Adhésion

L'Association peut adhérer à d'autres Associations, groupements ou unions, sur décision du Conseil d'administration.

Article 10 - Ressources

Les ressources de l'Association comprennent :

- 1° Le montant des cotisations ;
- 2° Les subventions et dons autorisés par la loi et les textes en vigueur de la part de l'État, des collectivités territoriales et de toute personne morale ou physique ;
- 3° Toutes les ressources autorisées par les lois et règlements en vigueur.

Article 11 - Assemblée générale - Composition - Élection - Désignation

Les dispositions ci-dessous seront explicitées, en tant que de besoin, par des délibérations spécifiques du Conseil d'administration de l'Association ; celui-ci pourra en outre établir et modifier un règlement intérieur de l'Association, conformément à l'article 19 ci-après.

Article 11.1 - Composition de l'Assemblée générale : collèges

L'Assemblée générale comprend :

- les membres d'honneur,
 - et les délégués des diverses catégories de membres de l'Association représentant les membres coassureurs et les membres distributeurs à jour de leurs cotisations, les membres actifs, les membres de droit.
- L'Assemblée générale est répartie en 6 collèges :

• **Le collège des membres coassureurs fondateurs**, représenté par 5 délégués désignés par le Conseil d'administration de chaque membre coassureur fondateur. La désignation doit être faite et renouvelée chaque année par courrier simple adressé au Président de l'Association, au moins 15 jours avant la date de l'Assemblée générale.

• **Le collège des autres membres coassureurs**, représenté par 2 délégués désignés par le Conseil d'administration de chaque autre membre coassureur. La désignation doit être faite et renouvelée chaque année par courrier simple adressé au Président de l'Association, au moins 15 jours avant la date de l'Assemblée générale.

• **Le collège des membres distributeurs non coassureurs**, représenté par 4 délégués. L'ensemble des mutuelles distributrices se concertent pour désigner en leur sein les 4 délégués. La désignation doit être faite et renouvelée chaque année.

• **Le collège des membres actifs**, représenté par 1 délégué désigné par le Conseil d'administration de chaque membre actif. La désignation doit être faite et renouvelée chaque année par courrier simple adressé au Président de l'Association, au moins 15 jours avant la date de l'Assemblée générale.

• **Le collège des membres de droit**, a une représentation subdivisée en fonction de l'origine de l'adhésion :

- Les membres de droit issus des mutuelles coassureurs fondatrices sont représentés par 10 délégués, de telle sorte que les adhérents bénéficiaires de l'ACS de chacune des mutuelles coassureurs fondatrices soient représentés par 2 délégués désignés par chaque membre coassureur.

- Les membres de droit issus des autres mutuelles et unions coassureurs et ceux issus des mutuelles distributrices non coassureurs sont représentés par 11 délégués répartis ainsi :

- > 7 délégués au titre des adhérents des autres membres coassureurs. Chaque membre coassureur désigne son délégué,
- > 4 délégués au titre des adhérents des membres distributeurs non coassureurs. L'ensemble des membres distributeurs se concertent pour désigner ces 4 délégués,

• **Le collège des membres d'honneur.**

Article 11.2 - Assemblée générale : Dispositions diverses

Chaque délégué, quel que soit le collège d'appartenance à l'exception du collège des membres d'honneur, bénéficie d'une voix à l'Assemblée générale et participe aux votes, sous réserve, pour les membres coassureurs fondateurs, les autres membres coassureurs et les membres distributeurs, qu'ils soient à jour de leur cotisation. Les membres d'honneur participent à l'Assemblée générale mais ne peuvent pas prendre part aux votes.

L'Assemblée générale se réunit au moins une fois par an.

Aucune condition de quorum ou de majorité n'est exigée pour les assemblées générales ordinaires.

Quinze jours au moins avant la date fixée, les délégués des membres de l'Association ainsi que les membres d'honneur sont convoqués par le Président, selon les moyens les plus adaptés.

Le Président, assisté du Secrétaire et des membres du Conseil d'administration, préside l'Assemblée et expose la situation morale et l'activité de l'Association.

Le Trésorier rend compte de sa gestion et soumet les comptes annuels (bilan, compte de résultat et annexe(s)) à l'approbation de l'Assemblée.

Ne peuvent être abordés que les points inscrits à l'ordre du jour. Un quart des délégués des membres de l'Association (membres coassureurs, membres distributeurs, membres actifs, membres de droit) peut demander au Président, par courrier recommandé avec accusé de réception, d'inscrire à l'ordre du jour un projet de résolution ; cette demande doit parvenir au Président au moins 15 jours avant la date de l'Assemblée générale.

Les décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés par les délégués présents ou représentés.

Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au renouvellement des membres sortants du Conseil d'administration.

Toutes les délibérations de l'Assemblée générale sont prises à main levée, exceptée l'élection des membres du Conseil d'administration qui aura lieu à bulletin secret.

Un délégué absent peut donner à un autre délégué le pouvoir de voter en son nom. Un délégué peut recevoir au maximum 5 pouvoirs.

Les décisions des assemblées générales s'imposent à tous les membres, y compris absents ou représentés.

Article 12 - Assemblée générale extraordinaire

• En cas de projet de modification des statuts, de dissolution, de fusion avec une autre Association, de dissolution ou d'actes portant sur des immeubles propriété de l'Association,

- en cas de nécessité,
- ou sur la demande de la moitié des délégués,

le Président convoque les délégués et les membres d'honneur de l'Association en Assemblée générale extraordinaire, suivant les modalités prévues à l'article 11.2.

Les délibérations en Assemblée générale extraordinaire sont prises à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Article 13 - Conseil d'administration

L'Association est dirigée par un Conseil d'administration de 15 à 40 administrateurs répartis en 5 collèges, nommés pour une durée de 3 ans.

LE 1^{er} COLLÈGE est celui des membres coassureurs fondateurs ; il comprend 15 administrateurs, désignés par les conseils d'administration des membres coassureurs, à raison de 3 administrateurs par membre coassureur.

LE 2^e COLLÈGE est celui des autres membres coassureurs ; il comprend les administrateurs désignés par les conseils d'administration des autres membres coassureurs, à raison d'un administrateur par membre coassureur.

LE 3^e COLLÈGE est celui des membres distributeurs. Il comprend 1 administrateur, élu par le collège des membres distributeurs à l'Assemblée générale.

LE 4^e COLLÈGE est celui des membres actifs ; il comprend au maximum 10 administrateurs, élus par le collège des membres actifs à l'Assemblée générale.

LE 5^e COLLÈGE est celui des membres de droit souscripteurs des garanties ACS ; il comprend 7 administrateurs :

- 1 au titre des adhérents de chacun des membres coassureurs fondateurs, désignés par leur Conseil d'Administration, soit un total de 5,

- 1 au titre des adhérents des autres membres coassureurs et 1 au titre des membres distributeurs non coassureurs.

Ces personnes perdent la qualité d'administrateur de l'Association dès lors qu'elles ne bénéficient plus des conditions requises au contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès de l'Association.

Elles sont alors remplacées par le membre qui les avait nommées, dans les mêmes conditions.

Les décisions du Conseil d'administration sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés.

Il est admis qu'un administrateur absent puisse donner à un autre administrateur le pouvoir de voter en son nom; il doit en informer le Président préalablement par courrier ou courriel. Un administrateur ne peut recueillir plus de 3 pouvoirs.

En fonction des sujets traités, le Conseil d'administration peut inviter à ses réunions des membres d'honneur et toute personnalité qualifiée qu'il jugera utile d'inviter. Les membres d'honneur et les personnalités qualifiées invités à assister à une réunion du Conseil d'administration ne peuvent pas prendre part aux votes.

Article 14 - Vacance au sein du Conseil d'administration

En cas de vacance au sein du Conseil d'administration, ce dernier procède au remplacement par cooptation d'un membre issu du même collège, sous réserve de ratification par la prochaine Assemblée générale.

Article 15 - Fonctionnement du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour administrer l'Association, dans les limites de son objet social, sous réserve des pouvoirs statutairement réservés à l'Assemblée générale, et de la réglementation applicable. Le Conseil d'administration se réunit au moins trois fois par an, sur convocation du Président, ou à la demande du quart de ses membres. Les convocations sont adressées par courrier ou courriel, au moins 15 jours avant la date prévue, selon les moyens les plus adaptés.

En cas d'urgence, le Président peut convoquer le Conseil d'administration en dehors des délais prévus à l'alinéa ci-dessus.

Le Conseil ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés; en cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Tout membre du Conseil qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives sera considéré comme démissionnaire.

Quel que soit son collège d'appartenance, un administrateur ne peut poursuivre son mandat au-delà du 31 décembre de l'année où il atteint l'âge de 75 ans à la date de l'élection; il est alors remplacé selon les modalités prévues ci-dessus pour les cas de vacance.

Article 16 - Le Bureau

A. Composition

Le Conseil d'administration élit parmi ses membres, à bulletin secret, pour 3 ans, un Bureau composé de 8 membres dont 2 issus du collège des membres actifs:

- Un Président, qui est le Président du Conseil d'administration de l'Association;
- Deux Vice-Présidents;
- Un Secrétaire et un Secrétaire Adjoint;
- Un Trésorier et un Trésorier Adjoint;

- Deux membres.

Toutefois, leurs fonctions prennent fin de plein droit lorsqu'ils cessent de faire partie du Conseil d'administration.

B. Pouvoirs

Le Bureau assure collégialement la gestion courante de l'Association et veille à la mise en œuvre des décisions du Conseil d'administration.

En outre, ses membres exercent individuellement les pouvoirs définis ci-après.

C. Fonctionnement

Le Bureau se réunit sur convocation du Président, aussi souvent que nécessaire, selon les moyens les plus adaptés. Il prépare les décisions à soumettre au Conseil d'administration et instruit tous dossiers soumis par cette instance. Le Conseil d'administration peut donner une délégation de pouvoir au Bureau pour admettre de nouveaux membres actifs, de nouveaux membres de droit et de nouveaux membres distributeurs.

D. Délibération

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ou représentés.

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

Le renouvellement du Bureau est organisé en bloc, tous les 3 ans.

Article 16.1 - Le Président

Le Président organise et dirige les travaux du Conseil d'administration, du Bureau.

Il veille à la mise en œuvre des décisions du Conseil d'administration et du Bureau.

Il agit au nom et pour le compte du Bureau, du Conseil d'administration et de l'Association et notamment:

- Il représente de plein droit l'Association dans tous les actes de la vie civile et possède tous pouvoirs à l'effet de l'engager.
- Il a qualité pour représenter l'Association en justice, tant en demande qu'en défense.
- Il convoque le Bureau, le Conseil d'administration et l'Assemblée générale, fixe les ordres du jour et préside les réunions correspondantes.
- Il est habilité à ouvrir et faire fonctionner tous comptes bancaires et livrets d'épargne.
- Il exécute les décisions qui sont arrêtées par le Bureau et le Conseil d'administration.
- Il signe tous actes et tous contrats nécessaires à l'exécution des décisions du Bureau, du Conseil d'administration et des Assemblées générales.
- Il présente un rapport moral et le bilan des activités de l'Association à l'Assemblée générale.
- Il peut déléguer, par écrit, ses pouvoirs et sa signature et y mettre fin à tout instant.

Tout acte, tout engagement dépassant le cadre de ses pouvoirs, devra être autorisé préalablement par le Conseil d'administration.

Article 16.2 - Les Vice-Présidents

Les Vice-Présidents ont vocation de seconder le Président et de le remplacer en cas d'empêchement dans l'exercice de ses fonctions.

Article 16.3 - Le Secrétaire et Secrétaire adjoint

Le Secrétaire est chargé de la conservation des archives. Il rédige, ou fait rédiger, les relevés de décisions des réunions du Bureau, les procès-verbaux des Conseils d'administration et des Assemblées générales.

Il participe à l'établissement du rapport moral et d'activité.

Il est remplacé par le Secrétaire adjoint en cas d'empêchement dans l'exercice de ses fonctions.

Article 16.4 - Le Trésorier et Trésorier adjoint

À la fin de chaque exercice, le Trésorier fait procéder au Bilan et à l'inventaire de l'année écoulée, prépare le budget de l'année suivante et établit, ou fait établir, sous son contrôle, les comptes annuels de l'Association.

Il fait procéder à l'appel annuel de cotisations.

Il établit, ou fait établir, un rapport financier qu'il présente avec les comptes annuels à l'Assemblée générale ordinaire annuelle.

Il procède, ou fait procéder, au paiement des dépenses et à l'encaissement des recettes.

Il est remplacé par le Trésorier adjoint en cas d'empêchement dans l'exercice de ses fonctions.

Article 17 - Indemnités

Toutes les fonctions, y compris celles des membres du Conseil d'administration et du Bureau, sont gratuites et bénévoles. Seuls les frais occasionnés par l'accomplissement du mandat des membres de droit, des membres actifs et des membres d'honneur sont remboursés sur justificatifs et à hauteur des barèmes de remboursement fixés chaque année. Toutefois, les frais occasionnés par des missions exceptionnelles confiées à un ou plusieurs administrateur(s), sur décision de l'Assemblée générale, du Conseil d'administration, du Bureau ou du Président de l'Association, sont remboursés sur justificatifs et à hauteur des barèmes de remboursement fixés chaque année.

Le rapport financier présenté à l'Assemblée générale ordinaire indique, par bénéficiaire, les remboursements de frais de mission, de déplacement ou de représentation.

Article 18 - Exercice social

L'exercice social de l'Association commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre. Toutefois, le 1^{er} exercice social commencera à compter de la publication, au Journal officiel, de la déclaration de création de l'Association, et se terminera le 31 décembre suivant.

Article 19 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le Conseil d'administration, qui le fait alors approuver par l'Assemblée générale.

Ce règlement est destiné à fixer les divers points non prévus par les présents statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'Association.

Article 20 - Dissolution

En cas de dissolution prononcée selon les modalités prévues à l'article 12, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés, et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément aux décisions de l'Assemblée générale extraordinaire qui statue sur la dissolution.

STATUTS

MUTUELLE OCIANE

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

CHAPITRE I^{er} Formation et objet de la mutuelle

Article 1^{er} - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle appelée "mutuelle OCIANE" est établie 8, terrasse du Front-du-Médoc 33000 BORDEAUX. Elle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Elle est inscrite au Répertoire des entreprises SIRENE sous le numéro 434 243 085.

Article 2 - Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet de mener des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans l'intérêt de ses membres et de leur famille, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Dans ce cadre, elle se propose :

- de fournir à ses membres, dans le cadre d'opérations individuelles et collectives, des prestations d'assurance relevant des branches 1-Accidents, 2-Maladie, 20-Vie-décès ; 21-Nuptialité-natalité ;
- de conclure des contrats de co-assurance avec des mutuelles, des institutions de prévoyance ou des entreprises régies par le Code des Assurances pour les opérations collectives obligatoires ou facultatives couvrant les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail, invalidité et décès ;
- d'accepter en réassurance les engagements susvisés relevant des branches 1, 2, 20 et 21 susvisées, et céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité, tout ou partie des risques qu'elle couvre ;
- de se substituer aux mutuelles ou unions qui le demandent, pour des opérations relevant des branches susvisées 1, 2, 20 et 21 ;
- de souscrire au profit de ses adhérents des contrats d'assurance collectifs dans les domaines visés à l'article L.111-I-1^o du Code de la Mutualité, en vue de leur offrir des prestations d'assurance qu'elle ne propose pas elle-même ;
- de gérer des activités sociales à titre accessoire, dans les conditions prévues par l'article L.111-I-III du Code de la Mutualité, en particulier, un fonds de secours ;
- de permettre à ses membres l'accès aux réalisations sanitaires et sociales et aux prestations d'action sociale d'autres mutuelles ou unions par voie de convention, ou des unions auxquelles elle adhère à cet effet.
- de participer à la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie et

maternité, en application de l'article L.611-20 du code de la Sécurité sociale.

- d'assurer, à titre accessoire, la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées.

La mutuelle peut, à titre accessoire, présenter des garanties dont le risque est porté par des organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance.

Elle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

La mutuelle peut déléguer de manière totale ou partielle la gestion d'un contrat collectif.

La mutuelle peut créer une union de groupe mutualiste (UGM) ou une union mutualiste de groupe (UMG). Elle peut également adhérer à ce type d'unions.

Enfin, elle peut s'affilier à une société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM).

Article 3 - Respect de l'objet des mutuelles

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

Article 4 - Règlement mutualiste

Des règlements mutualistes, définissant le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations, sont établis par le Conseil d'administration et approuvés par l'Assemblée générale. Ils déterminent les conditions d'application des présents statuts. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

CHAPITRE II

Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

Section 1 – Adhésion

Article 5 - Catégories de membres

La mutuelle se compose des membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques qui ont adhéré à la mutuelle, bénéficient des prestations et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Dans les présents statuts et les documents utilisés par la mutuelle, le « membre participant » peut également être désigné sous le terme « d'adhérent ».

Les membres honoraires sont les personnes physiques qui payent une cotisation ou font des dons sans bénéficier des prestations de la mutuelle, ou encore les personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif auprès de la mutuelle et qui en font la demande. Leur adhésion est admise par le Conseil d'Administration.

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

- le conjoint, le concubin ou le partenaire lié au membre participant par un PACS,
- les enfants célibataires jusqu'à la fin de leur 28^e anniversaire et toute personne inscrite comme bénéficiaire du régime obligatoire d'assurance maladie du membre participant, de son conjoint ou du partenaire lié au membre participant par un PACS. La limite d'âge prévue pour les enfants célibataires ne s'applique pas aux enfants bénéficiant des allocations pour personnes handicapées.
- toute personne à la charge des membres participants selon la définition qu'en donnent le règlement mutualiste applicable à la garantie souscrite ou les conditions particulières du contrat collectif.

À 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 6 - Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 5 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, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Article 7 - Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I. - Opérations collectives facultatives :

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

II. - Opérations collectives obligatoires :

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.

Article 8 - Adhésion: date d'effet et reconduction

L'adhésion est annuelle. Pour les adhésions individuelles, la première période d'adhésion se termine au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction.

Pour les adhésions collectives, la date d'échéance annuelle et les modalités de reconduction sont définies par le contrat.

Section 2 – Démission, radiation, exclusion

Article 9 - Démission

La démission est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard deux mois avant la date d'échéance.

Pour les membres participants adhérant à la mutuelle à titre individuel, elle peut également être donnée dans un délai de trois mois suivant la réalisation de l'un des événements définis par l'article L.221-17 du Code de la Mutualité et dans les conditions précisées par cet article et par le règlement mutualiste.

La démission entraîne de plein droit la perte de la qualité de membre participant et d'ayant droit de la mutuelle.

Article 10 - Radiation

Sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leurs cotisations ou fractions de cotisations à leur date d'échéance et après l'envoi d'une mise en demeure, dans les conditions et délais définis par les articles L.221-7, L.221-8, L.221-17 et L.223-19 du Code de la Mutualité et précisés par le règlement mutualiste.

Peuvent également être radiés les membres participants qui ne remplissent plus les conditions d'adhésion définies à l'article 5 ci-dessus ou qui ont changé de domicile, de profession, de situation ou de régime matrimonial, ou encore qui ont pris leur retraite ou cessé leurs activités professionnelles, à la condition supplémentaire que la garantie des risques proposée par la mutuelle soit en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouve pas dans la situation nouvelle. Les membres honoraires peuvent être radiés dès lors qu'ils n'ont pas acquitté leur cotisation dans un délai de trois mois suivant l'échéance. La radiation est, dans tous les cas, prononcée par le Conseil d'administration ou toute autre personne ayant reçu délégation de celui-ci. Il peut toutefois être sursis par le Conseil à l'application de cette mesure pour les membres qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

Article 11 - Exclusion

Peuvent être exclus les membres participants qui, de mauvaise foi, ont fait des déclarations inexactes ou ont omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la mutuelle, selon les modalités prévues par les articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité.

Peuvent également être exclus les membres participants qui se rendent coupables de violences ou d'incivilités envers d'autres membres de la mutuelle, ses représentants ou les membres du personnel.

De même, peuvent être exclus les membres participants et honoraires qui portent atteinte aux intérêts de la mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ces motifs 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, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.

Article 12 - 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 des articles L.221-17 et L.221-10-1 du Code de la Mutualité.

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

sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er}

Assemblée générale

Section 1 – Composition, élection

Article 13 - Composition de l'assemblée générale

Tous les membres participants et honoraires sont répartis en sections de vote. L'étendue et la composition des sections sont fixées par le Conseil d'administration.

L'Assemblée générale est composée des délégués des sections de vote à jour de leurs cotisations.

Article 14 - Élection des délégués

Les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations élisent, sur la base des effectifs connus au 31 décembre de l'année précédente, un délégué par tranche de 3 500 membres participants au moins ou fraction d'au moins 2 000. Les délégués suppléants étant élus de la même façon.

Toutefois, quand il existe des sections de vote spécifiques pour les adhérents des groupes d'entreprise, un même groupe d'entreprise ne pourra disposer de plus de deux délégués issus de la même section de vote.

Les délégués sont élus pour 6 ans, et sont renouvelés par tiers tous les deux ans, parmi les membres participants de la mutuelle, âgés de 18 ans accomplis, à jour de leurs cotisations. Ils ne peuvent être salariés de la mutuelle. S'ils perdent leur qualité de membres, ils perdent par là-même celle de délégué.

Les élections des délégués ont lieu par correspondance soit sous pli fermé, soit par voie électronique ou par tout autre moyen garantissant la sécurité et le secret des votes au scrutin de liste majoritaire à un tour et sans panachage.

Chaque liste doit comporter un nombre de candidats titulaires équivalent à celui des délégués à élire. Elle doit également comporter un nombre de candidats suppléants au moins égal à la moitié de celui des délégués titulaires.

Les candidats doivent obligatoirement appartenir à la section de vote dont ils sollicitent les suffrages. Pour être recevables, les listes doivent être complètes et avoir été déposées au siège de la mutuelle au plus tard le 31 janvier précédant la date des élections.

Compte tenu du nombre important de membres participants et honoraires et de leur dispersion géographique et afin de permettre à chacun d'entre eux de participer à la vie de la Mutuelle, celle-ci est organisée en sections qui ont pour objet d'assurer un lien permanent entre les membres, les délégués élus et les salariés de la Mutuelle. Tous les membres participants et honoraires de la Mutuelle sont répartis en sections de vote.

Lorsqu'une même personne morale, membre honoraire, a conclu un ou plusieurs contrat(s) collectif(s) et que les membres participants visés par ces différents contrats sont répartis sur des zones géographiques correspondant

à des sections de vote différentes, elle est rattachée à la section de vote du lieu de son siège social.

Chaque délégué présent ou représenté dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale.

Article 15 - Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission, ou pour toute autre cause, d'un délégué de section, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant figurant sur la même liste et dans l'ordre de cette liste.

Article 15-1 - Procuration

Chaque délégué présent ou représenté dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale.

En cas d'impossibilité d'assister à l'Assemblée générale, tout délégué peut s'y faire représenter par un autre délégué. La procuration est signée par le mandant qui indique ses nom, prénoms et domicile.

Le mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées successives convoquées avec le même ordre du jour.

Un même délégué ne peut disposer de plus de trois mandats.

Section 2 – Réunions de l'Assemblée générale

Article 16 - Convocation annuelle obligatoire

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

Il la réunit au moins une fois par an.

À défaut de réunion de l'Assemblée générale annuelle, 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 17 - Autres convocations

L'Assemblée générale peut également être convoquée, à tout moment, par les personnes et dans les conditions prévues par l'article L.114-8 du Code de la Mutualité, en particulier :

- par la majorité des administrateurs composant le Conseil,
- par les commissaires aux comptes,
- par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant ;
- par un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- par les liquidateurs,
- à défaut, selon les modalités définies au dernier alinéa de l'article 16 ci-dessus.

Article 18 - Modalités de convocation de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion. La convocation est faite par lettre ordinaire adressée à chaque délégué ou selon toute autre modalité prévue par la législation en vigueur.

Lorsqu'une assemblée n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée dans les délais mentionnés au Code de la Mutualité dans les mêmes formes que la première. La convocation de cette seconde assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

La convocation de cette seconde assemblée reproduit l'ordre du jour de la première convocation.

Article 19 - Ordre du jour

L'ordre du jour des assemblées générales est fixé par le président du Conseil d'administration et, plus généralement, par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Toutefois, tout projet de résolution dont l'inscription à l'ordre du jour est demandé par le quart au moins des membres de l'Assemblée générale, est obligatoirement soumis à l'Assemblée générale.

Cette demande doit être adressée au moins 5 jours avant la date de l'Assemblée générale par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article 20 - Modalités de vote de l'Assemblée générale

I. - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, la délégation de pouvoir prévue à l'article L. 114-11, les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'adhésion ou le retrait d'une SGAM ou UMG, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal à la moitié du total des membres.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde Assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, représente au moins le quart du total des membres.

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

Article 21 - 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 20-II ci-dessus.

L'Assemblée générale désigne un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'administration. Ils disposent des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif, sous réserve des pouvoirs dévolus par les statuts et par la loi à l'Assemblée générale.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs du Conseil d'administration.

L'Assemblée générale approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

Le produit net de la liquidation est dévolu, par délibération de l'Assemblée générale, à une ou plusieurs autres mutuelles ou unions, au Fonds national de solidarité et d'action mutualistes, ou encore, au Fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

Section 3 – Attributions de l'Assemblée générale

Article 22 - Compétences de l'Assemblée générale

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

Elle peut cependant, à tout moment, même si ces questions ne sont pas inscrites à l'ordre du jour, révoquer et remplacer les administrateurs et prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

Elle élit et révoque les membres du Conseil d'administration.

Elle désigne le ou les commissaires aux comptes et leurs suppléants.

II. - L'Assemblée générale se prononce obligatoirement sur :

- 1° - les modifications des statuts,
- 2° - les activités exercées,
- 3° - 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° alinéa du Code de la Mutualité,
- 4° - l'adhésion à tout type d'union ou fédération régie par le Code de la Mutualité, l'adhésion à une société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM) régie par le Code des Assurances ainsi que la conclusion d'une convention d'affiliation à celle-ci, le retrait de tout type d'union ou fédération régie par le Code de la Mutualité, le retrait d'une société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM) régie par le Code des Assurances ainsi que la résiliation de la convention d'affiliation à celle-ci, la conclusion et la résiliation d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, la création ou la participation à la création d'une autre mutuelle ou de tout type d'union ou fédération régie par le Code de la Mutualité.
- 5° - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- 6° - 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, ou encore de certificats mutualistes dans les conditions de l'article 221-10, 221-20 et R114-10 du Code de la mutualité ;
- 7° - le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- 8° - le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,

- 9° - les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- 10° - le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-32 du Code de la Mutualité,
- 11° - le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les Livres II et III du Code de la Mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code,
- 12° - la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- 13° - les délégations de pouvoir prévues à l'article 24 des présents statuts,
- 14° - 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,
- 15° - toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 23 - 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 sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

Article 24 - Délégation de pouvoir de l'Assemblée générale

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

Cette délégation n'est valable que pour un an.

CHAPITRE II Conseil d'administration

Section 1 – Composition, élections

Article 25 - Composition

La mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé de 24 à 30 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 dirigeant 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.

Les administrateurs ne peuvent appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations. Toutefois, dans le décompte des mandats, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité, ni ceux détenus dans les fédérations définies à l'article

L.111-5 du Code de la Mutualité et les unions qui ne relèvent ni du Livre II ni du Livre III, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

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 26 - 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 dix jours francs au moins avant la date de l'Assemblée générale.

Article 27 - Conditions d'éligibilité - limite d'âge

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

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

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

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

Article 28 - Modalités de l'élection

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 membres de l'Assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à 1 tour.

En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.

Article 29 - Durée du mandat

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

Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonctions et sont déclarés démissionnaires d'office par le Conseil d'administration :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 27,
- à défaut d'avoir présenté leur démission dans les conditions précisées à l'article L.114-23 du Code de la Mutualité lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq

conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la mutuelle est le plus récent,

- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité,
- en cas d'absence, sans motif valable, à trois séances consécutives.

Article 30 - Renouvellement du Conseil d'administration

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

Les membres sortants sont rééligibles dans les conditions fixées à l'article 27.

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 31 - Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause, d'un siège d'administrateur, il est pourvu provisoirement par le Conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de sa 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 à dix du fait d'une ou plusieurs vacances, le président convoque l'Assemblée générale afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs et de compléter ainsi l'effectif du Conseil.

Section 2 - Réunions du Conseil d'administration

Article 32 - Réunions

Le Conseil se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an.

Le président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du Conseil.

Article 33 - Représentation des salariés au Conseil d'administration

Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'administration. Ils sont choisis l'un dans le Collège Cadres, l'autre dans le Collège Employés.

Ils sont élus pour deux ans par les salariés permanents de la mutuelle ayant plus de six mois d'ancienneté. L'élection a lieu par collège

Sont éligibles les salariés ayant au moins trois ans d'ancienneté à la mutuelle (ou, lors des premiers mandats, dans une des mutuelles à la base du regroupement ayant formé la mutuelle).

Le vote est organisé par la mutuelle sur appel à candidature libre.

L'élection a lieu à bulletin secret, au scrutin uninominal à un tour.

Si les candidats obtiennent le même nombre de voix, l'élection est acquise au salarié ayant le plus d'ancienneté dans la mutuelle.

À défaut de candidat, il est dressé un procès-verbal de carence.

Les salariés ainsi élus perdent le droit d'assister aux réunions du Conseil d'administration dès qu'ils cessent d'appartenir au personnel salarié de la mutuelle.

Article 34 - 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.

Les membres du Conseil ne peuvent ni se faire représenter ni voter par correspondance.

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

Les administrateurs et les représentants des salariés sont tenus à une obligation de discrétion s'opposant à la divulgation de renseignements confidentiels.

Section 3 - Attributions du Conseil d'administration

Article 35 - Compétences du Conseil d'administration

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

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

À cette fin, il est éclairé par un comité d'audit dont la composition et les missions sont définies aux articles L 823-19 du code de commerce et L 114-17-1 du code de la Mutualité.

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

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée générale conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Le Conseil d'administration nomme, sur proposition du Président du Conseil d'Administration, le dirigeant opérationnel, qui ne peut être un administrateur.

Il est mis fin aux fonctions du dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le Conseil d'administration approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle.

Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'Administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17. Il assiste à toutes les réunions du Conseil d'Administration.

Le Conseil d'administration désigne, au sein de la mutuelle ou, le cas échéant, au sein du Groupe au sens de l'article L. 356-1 du Code des assurances, la personne responsable de chacune des fonctions clés mentionnées à l'article L. 211-12 du code de la mutualité.

Le Conseil d'administration approuve les procédures définissant les conditions selon lesquelles les responsables de ces fonctions

peuvent l'informer, directement et de leur propre initiative, lorsque surviennent des événements de nature à le justifier. Le Conseil d'administration approuve les politiques écrites mentionnées à l'article L. 211-12 du Code de la mutualité au moins une fois par an.

Article 36 - Délégations d'attributions par le Conseil d'administration

Le Conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions, au directeur et aux salariés dans le cadre des textes législatifs et réglementaires.

Section 4 – Statut des administrateurs

Article 37 - Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Cependant, la mutuelle peut verser aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées, des indemnités dans les limites et sous les réserves prévues aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la Mutualité.

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.

Article 38 - Situation et comportements interdits aux administrateurs

Il est interdit aux administrateurs ainsi qu'à leurs conjoints, descendants, ascendants et toute personne interposée, 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, sous réserve des dispositions de l'article L.114-37 alinéa 2 du Code de la Mutualité. De même, toute convention intervenant, d'une part, entre la mutuelle, l'organisme auquel elle a éventuellement délégué sa gestion ou une personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité, d'autre part, l'un de ses administrateurs, et toute convention intervenant entre la mutuelle et une personne morale dans laquelle un administrateur est directement ou indirectement intéressé, sont soumises aux procédures spéciales définies aux articles L.114-32 à L.114-34 du Code de la Mutualité, à moins qu'elles ne portent sur des opérations courantes et qu'elles soient conclues à des conditions normales, selon les exigences de l'article L.114-33 du même Code.

CHAPITRE III

Président du conseil d'administration et bureau

Section 1 – Élection et missions du président

Article 39 - Élection

Le Conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique. Cette élection a lieu lors de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil.

Par dérogation, l'Assemblée générale peut procéder directement à l'élection du Président.

Le président est élu à bulletin secret. En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.

Le président est élu pour une durée de deux ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.

Le président du Conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur dont au plus deux mandats de président du Conseil d'administration d'une fédération, d'une union ou d'une mutuelle.

Dans le décompte des mandats de président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles et unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité, ni ceux détenus dans les fédérations définies à l'article L.111-5 du Code de la Mutualité et les unions qui ne relèvent ni du Livre II ni du Livre III, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

Article 40 - 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 vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Article 41 - Missions

Le président représente la mutuelle en justice, tant pour décider d'agir pour elle que pour la défendre. Il représente également la mutuelle dans tous les actes de la vie civile.

Le président organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le Conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis, au commissaire aux comptes, de toutes les conventions relevant de la procédure spéciale prévue à l'article L.114-32 du Code de la Mutualité.

Il communique aux commissaires aux comptes la liste et l'objet de toutes les conventions portant sur des opérations courantes.

Il engage les recettes et les dépenses.

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

Section 2 – Composition, élection et missions du bureau

Article 42 - Composition et mission

Le bureau est composé de la façon suivante :

- le président du Conseil d'administration,
- le vice-président,
- le secrétaire,

- le trésorier,

- deux à quatre conseillers, choisis parmi les membres du Conseil d'administration et disposant de compétences particulières propres à éclairer le bureau.

Le Bureau prépare les réunions du Conseil d'Administration.

Article 43 - Élection

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

Cette élection s'effectue dans les mêmes conditions que celle du président.

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

Article 44 - Vice-président

Le vice-président seconde le président qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 45 - Secrétaire

Le secrétaire s'assure que le Conseil d'Administration valide l'ensemble des procès-verbaux des réunions statutaires.

Il présente à l'Assemblée générale les modifications statutaires proposées par le Conseil d'Administration.

Article 46 - Trésorier

Le trésorier présente à l'Assemblée générale le rapport de gestion adopté par le Conseil d'Administration.

CHAPITRE IV

Gouvernance de la mutuelle

Article 47 - Direction effective de la mutuelle

Le Président du Conseil d'Administration et le dirigeant opérationnel dirigent effectivement la mutuelle.

Le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques qui ne sont pas mentionnées à l'alinéa précédent.

Ces personnes doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de la mutuelle, faire preuve d'une disponibilité suffisante au sein de la mutuelle pour exercer ce rôle et être impliquées dans les décisions ayant un impact important sur la mutuelle, notamment en matière de stratégie, de budget ou de questions financières.

Sur proposition de son Président, le Conseil d'administration peut leur retirer cette fonction.

Le Conseil d'Administration définit les cas dans lesquels les dirigeants effectifs sont absents ou empêchés de manière à garantir la continuité de la direction effective de la mutuelle.

Article 48 - Dirigeant opérationnel de la mutuelle

Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition de son Président, en dehors des administrateurs, un dirigeant opérationnel devant posséder l'honorabilité, la compétence et l'expérience nécessaire à ses fonctions.

Sur proposition du Président, le Conseil d'administration peut lui retirer cette fonction.

Le Directeur Général est le dirigeant opérationnel de la mutuelle. Il exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'Administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L.114-17 du Code de la Mutualité.

Il assiste à toutes les réunions du Conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la mutuelle et de la délégation de pouvoirs reçue du Conseil d'administration.

CHAPITRE V **Organisation financière**

Produits et charges

Article 49 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

- 1° les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- 2° les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- 3° plus généralement, tous autres produits non interdits par la loi.

Article 50 - CHARGES

Les charges comprennent :

- 1° les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- 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 départementaux de coordination,
- 5° les cotisations versées au fonds de garantie,
- 6° les cotisations versées au système de garantie prévu à l'article L.111-5 du Code de la Mutualité,
- 7° plus généralement, toutes autres charges non interdites par la loi.

Article 51 - Vérifications préalables

Les charges de la mutuelle sont engagées par le président et payées par le trésorier ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 41 et 47 des présents statuts.

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

Article 52 - 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.

Article 53 - Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé au minimum légal.

Article 54 - Système de garantie

La mutuelle adhère au système de garantie créé à l'initiative de la Fédération nationale de la Mutualité française.

Article 55 - Commissaires aux comptes

L'Assemblée générale nomme pour six ans un ou plusieurs commissaire(s) aux comptes titulaire(s) et un ou plusieurs commissaire(s) aux comptes suppléant(s) choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du Code de Commerce.

Le mandat des commissaires aux comptes prend fin après la réunion de l'Assemblée générale qui statue sur les comptes du 6^e exercice suivant leur désignation.

Article 56 - Exercice social

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

TITRE III **DISPOSITIONS DIVERSES**

Article 57 - Information des adhérents

Chaque adhérent dispose des statuts et du règlement mutualiste dans son espace adhérent sur le site internet de la mutuelle et peut en recevoir gratuitement un exemplaire sur simple demande. Les modifications apportées à ces documents par l'Assemblée générale sont portées à sa connaissance par courrier en version imprimée ou électronique, sur le site internet ou encore dans le journal de la mutuelle en version imprimée ou électronique, auquel tout membre participant est abonné.

Chaque adhérent est 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 58 - Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 9.

Article 59 - Commission d'entraide mutualiste

La mutuelle peut allouer aux adhérents victimes de circonstances particulières telles que maladie, accident, blessures ou décès, des prestations exceptionnelles autres que celles figurant aux règlements mutualistes. De même, la mutuelle peut prendre en charge tout ou partie des cotisations dues par les adhérents en difficulté.

Les secours ainsi attribués sont prélevés sur les fonds disponibles dans une limite fixée chaque année par l'Assemblée générale.

Ils sont attribués sur décision d'une commission d'entraide mutualiste désignée par le Conseil d'administration à cet effet.

Article 60 - Informatique et libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant et ses ayants droit ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers, peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant sur tout fichier à l'usage de la mutuelle. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de données les concernant.

Pour exercer ce droit et pour s'opposer sans frais à l'utilisation à des fins de prospection commerciale de ces informations, il suffit de s'adresser au siège social la mutuelle.

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 gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Il est rappelé en outre que l'ensemble des informations transmises par le membre participant, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la mutuelle pour la lutte contre les fraudes et le respect de ses obligations légales et réglementaires, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Article 61 - Échanges de données informatisées

Le membre participant et ses ayants droit ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers sont réferencés dans les fichiers de l'assurance maladie obligatoire et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur caisse d'assurance maladie obligatoire dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les membres participants ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et leur régime d'assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Article 62 - Réclamations - médiation

En cas de réclamation, le membre participant peut s'adresser à la mutuelle par tout moyen de son choix : courrier, téléphone, site internet, visite en agence.

Si, au terme du traitement d'une réclamation, la réponse apportée par la mutuelle ne le satisfait pas, et en l'absence de saisine des tribunaux, le membre participant peut saisir le médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

Le médiateur de la Médiation Fédérale Mutualiste

255 rue Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15
E-mail : mediation@mutualite.fr

Association pour l'Accès à la Complémentaire Santé des Populations en Précarité (ACS-P), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901. Siège social : 143 rue Blomet, 75015 Paris.

ACCÈS SANTÉ est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'ACS-P au profit de ses membres auprès de :

- **ADREA MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 311 799 878. Siège social 25, Place de la Madeleine - 75008 PARIS.
- **APREVA MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 627 391. Siège social 20, boulevard Papin - BP 1173 - 59012 LILLE Cedex.
- **EOVI-MCD MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 317 442 176. Siège social 44, rue Copernic - CS 11709 - 75773 PARIS Cedex 16.
- **HARMONIE MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 538 518 473. Siège social 143, rue Blomet - 75015 PARIS.
- **MUTUELLE DE FRANCE PLUS**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 782 814 818. Siège social 146 A, avenue de Toulon - 13010 MARSEILLE.
- **MUTUELLE CIVILE DE LA DEFENSE (MCDDef)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 784 621 476. Siège social 45, rue de la Procession - 75739 PARIS CEDEX 15.
- **MUTUELLE GENERALE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE (MGEFI)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 499 982 098. Siège social 6, rue Bouchardon - 75010 PARIS.
- **MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE (MGEN)**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 685 399. Siège social 3, square Max-Hymans - 75015 PARIS.
- **MUTUELLE GENERALE ENVIRONNEMENT ET TERRITOIRES (MGET)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 671 910. Siège social 76-78, avenue de Fontainebleau - 94274 LE KREMLIN BICETRE Cedex.
- **MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE (MNT)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 678 584. Siège social 7, rue Bergère - 75009 PARIS.
- **MUTUELLE OCIANE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 434 243 085. Siège social 8, Terrasse du Front du Médoc - 33054 BORDEAUX Cedex.
- **UNION HARMONIE MUTUALITE**, union soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 350 879 078. Siège social 143, rue Blomet - 75015 PARIS.