

# Statuts

Page 2 à 11

et

# Conditions générales

du Contrat collectif santé  
à adhésion **obligatoire**

Page 12 à 16



*Santé • Prévoyance • Solidarité*

Régie par  
le Code de  
la Mutualité



# Statuts

## TITRE I<sup>er</sup> - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

### CHAPITRE I<sup>er</sup> - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

#### Article 1<sup>er</sup> – DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE

Une mutuelle appelée "mutuelle OCIANE" est établie 8, terrasse du Front-du-Médoc 33000 BORDEAUX. Elle est régie par le Code de la Mutualité, en particulier, par les dispositions de son livre II. Elle est immatriculée au Registre national des mutuelles 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.

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 ;
- d'accepter en réassurance les engagements susvisés relevant des branches 1, 2, et 20 susvisés ;
- de se substituer intégralement aux mutuelles ou unions qui le demandent, pour des opérations relevant des branches susvisées 1, 2, et 20 ;
- de souscrire au profit de ses adhérents des contrats d'assurance collectifs dans les domaines visés à l'article L.111-1) 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.111-1-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.

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.

#### 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.

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.

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

- le conjoint, le concubin ou le signataire d'un PACS,

- les enfants célibataires du membre participant, de son conjoint ou du signataire du PACS, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs ou recueillis, jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle a eu lieu leur 18<sup>e</sup> anniversaire, cette limite d'âge pouvant être reportée :
  - a) au-delà de 18 ans pour les enfants placés en apprentissage, et ce jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle a eu lieu leur 28<sup>e</sup> anniversaire, pour autant que leur rémunération n'excède pas 55 % du SMIC,
  - b) jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle a eu lieu leur 28<sup>e</sup> anniversaire, pour les enfants poursuivant des études et pris en charge par la Sécurité sociale au titre de l'immatriculation du membre participant ou de son conjoint, ou au titre de leur propre immatriculation,
  - c) jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle a eu lieu leur 28<sup>e</sup> anniversaire pour les enfants demandeurs d'emploi, ou en emploi précaire pour autant que leur rémunération n'excède pas 55 % du SMIC, ainsi que pour les enfants atteints d'infirmités ou d'affections chroniques.

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.

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.223-19 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 I<sup>er</sup> - 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.

##### Article 14 – DÉSIGNATION 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 2000 membres participants ou fraction de 1000, 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. Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret suivant le mode de scrutin suivant : il est procédé à l'élection des délégués en Assemblée générale de section, et par correspondance pour les membres empêchés, au scrutin uninominal majoritaire à un tour. En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale de la mutuelle.

##### Article 14-1

Pour les élections organisées en vue de la désignation des délégués des adhérents à l'Assemblée générale de la mutuelle, les membres participants et honoraires sont avisés des dates fixées pour le dépôt des candidatures ainsi que de la date envisagée pour les élections, par insertion dans le journal "Le MUTUALISTE", adressé à chaque membre participant ou honoraire, ou par tout autre moyen d'information.

Peuvent être candidats les membres participants de la mutuelle, âgés de 18 ans accomplis, à jour de leurs cotisations.

Le dépôt des candidatures est adressé à une boîte postale ouverte spécialement, par lettre au président de la mutuelle avant la date limite fixée pour cette opération.

##### Article 14-2

Une commission électorale composée de quatre membres issus du Conseil d'administration de la mutuelle est créée. Elle élit son président.

Cette commission est chargée de suivre les opérations électorales prévues aux statuts de la mutuelle pour la désignation des délégués à l'Assemblée générale.

Elle est en outre habilitée à se prononcer sur les difficultés nées de l'interprétation du règlement de vote.

Elle est assistée d'un huissier de justice qui est chargé de vérifier et certifier la régularité de l'ensemble des opérations.

##### Article 14-3

Les membres participants et honoraires sont avisés par une nouvelle insertion dans "Le MUTUALISTE", ou par tout autre moyen d'information, au moins deux semaines auparavant :

- des dates et heures précises fixées pour les assemblées locales, au cours desquelles se dérouleront les votes pour les élections des délégués.
- des candidatures reçues et validées par la commission électorale.
- des règles permettant le vote par correspondance pour les membres participants empêchés, et des modalités particulières de déroulement du scrutin, définies par le Conseil d'administration.

##### Article 14-4

Le dépouillement du scrutin est effectué sous la responsabilité d'une commission de dépouillement qui comprend des scrutateurs, dont au moins un membre de la commission électorale. Le dépouillement s'effectue sous le contrôle d'un huissier de justice.

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

Un bulletin de vote sur lequel le nombre de noms restant serait supérieur au nombre de sièges à pourvoir sera déclaré nul. Sera également nul tout bulletin déchiré, découpé ou sur lequel aura été portée une mention quelconque.

La commission de dépouillement est présidée par le président de la commission électorale ou par son remplaçant membre de la commission électorale.

La commission de dépouillement établit un procès-verbal mentionnant :

- le nombre d'électeurs inscrits,
- le nombre de voix exprimées,
- le nombre de bulletins blancs,
- le nombre de bulletins nuls,
- le nombre de voix attribuées aux différents candidats,
- la carence partielle ou totale dans les candidatures reçues.

La commission règle les différentes questions litigieuses soulevées au cours du déroulement des opérations électorales dont fera état le procès-verbal, qui consignera également les diverses questions litigieuses qui ont pu être soulevées au cours des opérations de dépouillement et qui n'ont pu être réglées par la commission.

Le procès-verbal est signé par tous les membres de la commission de dépouillement.

La commission électorale entérine, au vu des procès-verbaux de dépouillement, l'élection des délégués qui est acquise à la majorité relative des voix exprimées.

### **Article 15 – VACANCE**

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission, radiation ou exclusion d'un délégué de section, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

### **Article 15-1 - Procuration**

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.

## **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 le commissaire aux comptes,
- 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 huit jours au moins à l'avance dans les mêmes formes que la première. La convocation de cette seconde assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

Les délégués à l'Assemblée générale reçoivent les documents dont la communication est imposée par la législation en vigueur.

### **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 demandée 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. - Sous réserve des stipulations du II ci-après, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée peut être convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés.

II. - Lorsqu'elle se prononce sur les modifications des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, les prestations offertes, la délégation de pouvoir prévue à l'article L.114-11 du Code de la Mutualité, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre des délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.

Si cette condition n'est pas remplie, une seconde Assemblée générale peut être convoquée huit jours au moins à l'avance et délibère valablement si le nombre des délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

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 commissaire aux comptes et son suppléant.
- 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 une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle, d'une union ou d'une fédération,
  - 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,
  - 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.
- En outre, l'Assemblée générale peut décider de la participation de la mutuelle à la création d'une union de groupe mutualiste ou de l'adhésion de cette dernière à une telle union.

### 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 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.

#### 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 – RENOUELEMENT 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 élus pour deux ans par l'ensemble des salariés permanents de la mutuelle ayant plus de six mois d'ancienneté.

Ils sont choisis l'un dans le Collège Cadres, l'autre dans le Collège Employés.

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.

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

### **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 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.

Le président est élu à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à 1 tour. 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 premier vice-président ou à défaut par le deuxième vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'inter-



valle, les fonctions de président sont remplies par le premier vice-président ou à défaut par le deuxième 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 informe le Conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L.510-8 et L.510-10 du Code de la Mutualité. 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**

Le bureau est composé de la façon suivante :

- le président du Conseil d'administration,
- un premier vice-président,
- un deuxième vice-président,
- un troisième vice-président,
- un quatrième vice-président,
- un secrétaire général,
- un secrétaire général adjoint,
- un trésorier,
- un trésorier adjoint,
- un conseiller.

### **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-PRÉSIDENTS**

Les vice-présidents secondent le président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

### **Article 45 – SECRÉTAIRE GÉNÉRAL**

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

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

### **Article 46 – SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT**

Le secrétaire général adjoint seconde le secrétaire général qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

### **Article 47 – TRÉSORIER**

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

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

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

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

### **Article 48 – TRÉSORIER ADJOINT**

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

## CHAPITRE IV - 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 les 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 les 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.

## TITRE III - DISPOSITIONS DIVERSES

#### Article 55 – INFORMATION DES ADHÉRENTS

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

Il 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 56 – 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.

La commission peut prévoir des sous-commissions et se réunit autant de fois que nécessaire.

Les demandes de secours exceptionnels sont établies à partir d'un imprimé prévu à cet effet. Il comporte l'ensemble des renseignements permettant de statuer sur leur recevabilité, et notamment les justificatifs suivants :

- justificatifs des ressources du demandeur (avis d'imposition ou de non-imposition, copie de la déclaration de revenus...),
- nature des frais engagés ou de l'aide demandée,
- aides déjà obtenues auprès d'autres organismes ou régimes.

La commission d'entraide mutualiste statue sur le montant à accorder après s'être préalablement assurée que les régimes d'assurance maladie, les services d'action sociale, ou tout autre organisme, ont pris les décisions de leur ressort.

La commission ne peut délibérer que si au moins deux de ses membres sont présents.

#### Article 57 – SECTIONS D'ENTRAIDE SOCIALE

Il est institué au sein de la mutuelle, par décision du Conseil d'administration, des sections d'entraide sociale qui peuvent être propres à une ou plusieurs entreprises.

Les membres participants de chacune de ces sections doivent appartenir au personnel de l'établissement ou des établissements intéressés. Le fait de ne plus appartenir à ce personnel entraîne la radiation d'office de la section.

Chaque section d'entraide sociale est administrée, sous la responsabilité du Conseil d'administration de la mutuelle, par une commission spéciale de gestion de 3 à 12 membres participants qui remplissent les conditions définies ci-dessus.

Sont affectées au profit exclusif des membres participants de la section les ressources suivantes :

- les cotisations des membres participants de la section destinées au financement des opérations d'entraide de la section,
- les contributions versées par le ou les établissements employeurs des membres de la section,
- les produits des fêtes et collectes spécialement organisées au profit de la section.

Les opérations de chaque section, qui doivent s'équilibrer financièrement, font l'objet de comptes séparés.

# Conditions générales

## du Contrat collectif santé à adhésion obligatoire

### CHAPITRE I - ADHÉSION

#### Article 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour but de faire bénéficier les membres du groupe signataire tels que définis à l'article 2 d'une garantie santé et d'assistance. Cette garantie s'exerce conformément aux dispositions des statuts de la mutuelle OCIANE dont les signataires déclarent expressément avoir pris connaissance, et qui définissent les règles de participation des membres au fonctionnement de la mutuelle.

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, et en complément des règles statutaires, le contrat a pour but de déterminer les droits et obligations résultant d'opérations collectives entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle. Il définit notamment le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les modifications des statuts de la mutuelle OCIANE s'appliquent de plein droit aux membres du groupe signataire.

#### Article 2 – DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

Bénéficiaire des dispositions du présent contrat les personnes définies aux conditions particulières, ainsi que leurs ayants droit tels que définis par l'article 5 des statuts de la mutuelle OCIANE.

Les droits des ayants droit sont suspendus ou cessent en même temps que ceux du membre participant.

#### Article 3 – ADHÉSIONS

Chacun des membres tels que définis à l'article 2 ci-dessus remplit et signe un bulletin d'adhésion. Il devient membre participant de la mutuelle OCIANE.

L'adhésion au présent contrat est acquise à effet immédiat pour :

- tout membre du groupe désigné à l'article 2 du présent contrat à compter de la date à laquelle il remplit les conditions pour accéder au contrat, ainsi que les membres de sa famille adhérant simultanément par son intermédiaire à titre de membre bénéficiaire,
- le conjoint d'un membre participant qui adhère dans les 12 mois qui suivent la date du mariage, de la déclaration de concubinage ou de la signature d'un PACS,
- le nouveau-né de parents adhérents ayant terminé la période de stage statutaire, dont l'inscription à la mutuelle est demandée dans les 12 mois suivant sa naissance. Il en est de même en cas d'adoption, la date d'effet de l'adhésion étant fixée au vu de la pièce officielle.

Dans les autres cas, les ayants droit du membre participant tels que définis à l'article 2 ci-dessus ne bénéficient des avantages de la mutuelle qu'après avoir payé la cotisation statutaire et accompli :

- pour les garanties qui remplissent les critères du "Contrat Responsable" tels que définis par la loi 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie et ses textes d'application, un stage fixé à 3 mois pour l'hospitalisation, 6 mois pour les risques dentaire et optique et 10 mois pour le risque maternité (prime d'inscription à la naissance et chambre particulière maternité le cas échéant) ;
- pour les garanties qui ne remplissent pas les critères du "Contrat Responsable", un stage fixé à 3 mois pour toutes les prestations, 6 mois pour les risques dentaire et optique et à 10 mois pour le risque maternité (prime d'inscription à la naissance et chambre particulière maternité le cas échéant).

L'adhésion a pour date d'effet le premier jour du mois de réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle OCIANE.

Pour les nouveaux adhérents, l'âge retenu pour la notion d'enfant à charge est celui à la date de la demande d'adhésion.

#### Article 4 – FORMALITÉS D'ADHÉSION

Toute adhésion à la mutuelle est subordonnée à l'établissement d'un bulletin d'adhésion, validé et transmis à la mutuelle par l'entreprise, où figurent :

- Nom et prénoms
- Situation de famille (la mutuelle se réserve le droit de demander la production des pièces justificatives)
- Âge
- Adresse
- Activité professionnelle
- Régime obligatoire de Sécurité sociale (N° de Sécurité sociale et centre de paiement)
- Liste des bénéficiaires accompagnée des documents attestant de leur situation :
  - étudiant : certificat de scolarité
  - demandeur d'emploi : attestation ANPE, notification ASSEDIC
  - apprenti : contrat d'apprentissage
  - handicapé : carte de handicapé adulte
  - 100 % SS : justificatif Sécurité sociale

- contrat précaire : copie du contrat
- Le cas échéant, doivent être fournis également :
  - une attestation d'attribution de la CMU
  - un certificat de mutation.

## Article 5 – MODIFICATIONS

Toute modification en cours de contrat de la situation du membre participant ou de sa famille, telle que figurant sur le bulletin d'adhésion, doit être signalée immédiatement.

## Article 6 – DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

La radiation ou l'exclusion du membre participant entraîne de fait celles des membres de sa famille tels que définis à l'article 5 des statuts. Elle a pour date d'effet le dernier jour du mois de la radiation ou de l'exclusion.

La démission des ayants droit du membre participant est adressée sous pli recommandé à la mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle du contrat. Passé ce délai, la démission ne prend effet qu'à l'échéance suivante et les cotisations sont dues jusqu'à cette date.

Dans le cas de décès, la radiation intervient au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date du décès, les cotisations n'étant dues que jusqu'à cette date.

# CHAPITRE II - PRESTATIONS GARANTIES

## Article 7 – BASES ET LIMITES DES REMBOURSEMENTS

La prise en charge des prestations s'effectue sous réserve que les droits soient ouverts à la date des soins.

La mutuelle établit ses remboursements sur la base des tarifs de responsabilité des régimes obligatoires, déduction faite des prestations de ces régimes et exclusivement pour les soins pris en charge par eux.

La mutuelle peut par ailleurs établir ses remboursements sur des bases forfaitaires telles que décrites dans les tableaux figurant aux conditions particulières.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

L'adhérent qui recevrait, de qui que ce soit, un quelconque remboursement pour les frais pris en charge et payés par la mutuelle au titre de la même intervention, est tenu d'en faire la déclaration dans les 8 jours du reçu de cette somme, et de reverser à la mutuelle les frais dont elle aurait pu faire indûment l'avance.

## Article 8 – LIBRE CHOIX

La mutuelle garantit le libre choix :

- du chirurgien, praticien, omnipraticien, du spécialiste parmi ceux inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ;
- du pharmacien, de l'opticien, du laboratoire, et de tout autre professionnel de santé agréé par la Sécurité sociale ;
- de l'établissement de soins, public ou privé, parmi ceux agréés par la Sécurité sociale.

## Article 9 – TIERS PAYANT

La mutuelle peut conclure, pour toutes les prestations qu'elle garantit, les accords nécessaires afin de faire bénéficier ses adhérents du système de Tiers payant.

La prise en charge directe par la mutuelle des différentes prestations intervient auprès de tous les praticiens et établissements conventionnés par la mutuelle. À cet effet, l'adhésion à la mutuelle vaut délégation permanente à la mutuelle pour encaisser en lieu et place de l'adhérent les prestations dues par le régime obligatoire d'assurance maladie.

## Article 10 – DOCUMENTS D'OUVERTURE DE DROITS

Pour leur permettre de bénéficier du Tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été conclue, la mutuelle délivre à ses adhérents des documents (carte ou toute autre pièce ou dispositif) permettant l'ouverture des droits à prestations. Il en va de même pour tout service annexe, proposé par la mutuelle à ses adhérents (assistance, carte services, etc.). L'adhérent ne peut en faire usage que s'il est à jour de ses cotisations ; dans le cas d'une utilisation non conforme, il s'engage à acquitter auprès de la mutuelle la dette dont il serait alors redevable. En cas de radiation en cours d'année, l'adhérent est tenu de restituer à la mutuelle sous 48 heures les documents qui lui ont été délivrés.

En l'absence de procédure de Tiers payant, les demandes de remboursement sont traitées de la façon suivante :

- soit par transmission à la mutuelle de l'original du décompte de Sécurité sociale reçu,
- soit par prise en compte directe par télétransmission du décompte de Sécurité sociale pour ceux qui ont opté pour le système d'automatisation des échanges d'informations avec les régimes obligatoires (système NOEMIE),
- soit par transmission de toute pièce justificative dans le cas de demande de versement de prestations forfaitaires (prime d'inscription à la naissance, frais d'accompagnant, participation aux frais d'obsèques, etc.).

Les prestations sont versées par virement bancaire ou par chèque.

Aucune photocopie de pièce justificative ne peut être acceptée.

## Article 11 – CONTRÔLE MÉDICAL DES PRESTATIONS

La mutuelle se réserve le droit de faire procéder, à tout moment, aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. L'adhérent ne peut se soustraire à ces visites, contrôles et enquêtes sous peine de suspension immédiate du service des prestations.

En cas de contestation sur les décisions de refus de versements liés à ces contrôles, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, le médecin-conseil de la mutuelle ou tout autre médecin désigné par elle, et un médecin expert choisi en accord avec les deux premiers.

Dans le cas où un accord ne pourrait intervenir sur sa désignation, ce troisième médecin serait désigné, à la demande de la mutuelle, par le président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Dans tous les cas de figure, ses honoraires seront à la charge de la partie dont les arguments auront été reconnus comme infondés.

## Article 12 – DESCRIPTION DES PRESTATIONS

Les prestations auxquelles les différentes garanties souscrites donnent droit sont décrites dans les tableaux figurant aux conditions particulières.

## Article 13 – LIMITES APPLIQUÉES AUX REMBOURSEMENTS

### Article 13.1 – Soins à l'étranger

Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursées dans la limite du tarif de responsabilité de la mutuelle (tarif Gironde).

### Article 13.2 – Chambre particulière

La mutuelle ne peut être tenue pour responsable si l'adhérent cotisant pour la garantie chambre particulière ne peut bénéficier de cette prestation par manque de place dans l'établissement choisi.

## Article 14 – RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie de la mutuelle :

- les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'adhésion ou de la modification de garantie ;
- les soins, actes médicaux ou hospitalisations débutant ou prescrits pendant la période de stage ;
- les transports liés aux cures thermales ;
- les frais de séjour liés aux cures thermales, si le séjour n'est pas effectué en milieu hospitalier ;
- les frais afférents aux cures de rajeunissement et d'amaigrissement, ainsi qu'aux traitements « esthétiques » sauf si l'intervention envisagée est consécutive à un accident qui aurait entraîné la garantie de la mutuelle (par interventions esthétiques, il faut comprendre celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction).

**Par ailleurs et à l'exception des actes qui doivent obligatoirement être pris en charge dans les garanties remplissant les critères du contrat responsable, en application de la loi 2004-810 du 13 août 2004 et ses textes d'application, sont également exclus :**

- les soins, actes médicaux ou hospitalisations, quelle qu'en soit la nature, qui sont la conséquence des faits suivants :
  - guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes tels que tremblements de terre et inondations, bien qu'ils soient indépendants de la volonté de l'adhérent ;
  - actes commis volontairement par l'adhérent : participation effective à une émeute ou un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf cas de légitime défense ;
  - explosion d'un engin ou partie d'engin atomique ;
  - radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs ;
  - accidents résultant de la participation de l'adhérent à des paris et de la pratique, à titre professionnel, de tout sport.

Il est expressément précisé qu'aucun des actes médicaux ni aucun des soins entrant dans le périmètre de tout contrat responsable ne saurait faire l'objet de la moindre exclusion, quelles que soient les causes ou les circonstances qui les auraient rendus nécessaires.

D'autre part, des exclusions peuvent être spécifiques à certaines garanties. Dans ce cas, elles sont décrites dans les tableaux figurant aux conditions particulières.

## Article 15 – COUVERTURE DES ACCIDENTS

### Article 15.1 – Déclaration des accidents

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

- les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit ;
- le nom des témoins ;
- les noms et adresses du tiers responsable et de la compagnie d'assurances qui garantit la responsabilité de ce tiers ;
- l'indication précise du commissariat ou de la brigade de gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

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

En conséquence, dans les cas d'accidents où la mutuelle, en vertu d'une convention de Tiers payant serait amenée à régler pour le compte de son adhérent, tout ou partie des frais, ce règlement fait à titre d'avance, constituerait au profit de la mutuelle, une créance sur ledit adhérent qui sera tenu de la lui rembourser.

En cas d'accident, l'adhérent doit informer la mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile, et de ses intentions. La mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

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

### Article 15.2 – Intervention de la mutuelle

Pour les interventions consécutives à un accident non exclu à l'article 14, la garantie de la mutuelle intervient en complément et après épuisement de toute autre garantie souscrite auprès de tout autre organisme.

En cas d'accident dont la responsabilité peut être imputée à un tiers, la mutuelle intervient dans la mesure où l'adhérent a fourni à la mutuelle une déclaration établie conformément aux indications de l'alinéa "déclaration des accidents".

L'adhérent doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre du tiers, ou de l'assureur substitué, une action en vue de faire connaître son droit à réparation.

En application des dispositions de l'article 16 concernant la subrogation, la mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable.

Accidents scolaires ou sportifs :

Si l'accident scolaire ou sportif est couvert :

- a) par l'adhésion à une mutuelle spécialisée soumise au Code de la Mutualité, la mutuelle n'intervient que pour la part qui lui incombe,
- b) par un contrat souscrit auprès d'une société d'assurances privée régie par le Code des Assurances, la mutuelle intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, en complément et après épuisement de la garantie de cette société.

## Article 16 – SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

## Article 17 – PRESCRIPTION

En application des dispositions de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des engagements réciproques des adhérents et de la mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par une des causes d'interruption visées par le Code de la Mutualité (article L.221-12).

## Article 18 – FORCLUSION

Les demandes de paiement des prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de deux ans maximum, à compter de la date de remboursement du régime d'obligation, ou du régime complémentaire dans le cas de contrats "surcomplémentaires", ou du fait générateur motivant la demande pour les autres prestations non liées à l'intervention d'un autre régime.

# CHAPITRE III - COTISATIONS

## Article 19 – MODALITÉS D'ÉTABLISSEMENT DE LA COTISATION

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle, pour eux-mêmes et les membres de leur famille bénéficiaires, qui est affectée à la couverture des prestations garanties par la mutuelle.

La cotisation est due jusqu'à la fin du mois civil en cours pour tout membre participant (et ses ayants droit) quittant le groupe dans le courant de ce même mois. Le signataire du présent contrat s'engage à récupérer auprès des salariés quittant l'entreprise tout document relatif à la gestion du contrat (carte mutualiste, carte d'assistance...).

Le montant mensuel des cotisations est fixé comme défini aux conditions particulières.

## Article 20 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables selon les modalités définies aux conditions particulières.

## Article 21 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Le non-paiement des cotisations entraîne la mise en œuvre de la procédure prévue par l'article L.221-8 du Code de la Mutualité qui stipule que :

*"1. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.*

*Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la mutuelle ou l'union l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.*

*La mutuelle ou l'union a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent 1.*

*Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle ou de l'union, ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.*

## Article 22 – RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont révisables annuellement à la date d'échéance du contrat. Si une révision des cotisations s'avère nécessaire, le groupe signataire est informé de celle-ci deux mois, au moins, avant l'échéance du contrat. Dans le cas où le groupe signataire demanderait une extension de ses garanties, les cotisations pourraient être modifiées à tout moment de l'année, d'un commun accord, par simple avenant au contrat. Dans le cas où les régimes obligatoires d'assurance maladie modifieraient la nature ou l'étendue de leur couverture, la mutuelle OCIANE pourrait modifier les cotisations.

Les tarifs sont établis sous réserve du maintien en l'état des obligations fiscales et sociales, législatives ou réglementaires, applicables à la mutuelle.

## CHAPITRE IV - DATE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

### Article 23 – DATE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

La date d'effet et la durée du contrat sont fixées selon les modalités définies aux conditions particulières.

### Article 24 – MAINTIEN DES DROITS

En cas de rupture du contrat de travail le salarié peut, s'il en fait la demande dans un délai de six mois à compter de la rupture du contrat de travail, continuer à bénéficier des prestations de la mutuelle OCIANE en optant pour l'une des garanties proposées aux adhérents individuels.

Cette adhésion prend effet, sans période de stage, au premier jour du mois au cours duquel la demande d'adhésion est reçue par la mutuelle.

Les règles statutaires de la mutuelle afférentes à la garantie choisie leur sont alors appliquées.



Régie par  
le Code de  
la Mutualité



*Siège social : 8 Terrasse du Front-du-Médoc  
33054 BORDEAUX Cedex*