Notice (valant conditions générales)

APRIL Santé Zen



Mise à jour : octobre 2026

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Sommaire

Mots-clés
Toute expression en italique et avec une majuscule est définie en page 16.

1. VOTRE CONTRAT P.3

1.1. Quels sont les acteurs ? p.3

1.2. Quelle est la réglementation applicable au contrat ? p.3

1.3. Adhésion et prise d'effet p.4

1.4. Durée, renouvellement et modification du contrat p.5
1.4.1. Durée et renouvellement p.5
1.4.2. Modification p.5

1.5. Votre droit de renonciation p.5
1.5.1. Dans quel délai ? p.5
1.5.2. Dans quelles conditions ? p.5
1.5.3. Comment ? p.5
1.5.4. Avec quelles conséquences ? p.5

1.6. Résiliation du contrat p.6

2. VOS GARANTIES P.7

2.1. Dispositions générales p.7

2.2. Limitations et délais d'attente p.7

2.3. Le contenu des garanties p.8

2.4. Quelles sont les exclusions de garanties ? p.10

3. VOS REMBOURSEMENTS P.11

3.1. Quelles sont les conditions de remboursement ? p.11

3.2. Comment demander vos remboursements ? p.11

3.3. Le contrôle médical et administratif p.12

3.4. La fraude aux remboursements p.12
3.4.1. Quels sont les cas de fraude ? p.12
3.4.2. Quelles sont les sanctions en cas de fraude ? p.12

4. VOS COTISATIONS P.12

4.1. Le calcul et l'évolution des cotisations p.12

4.2. Le règlement de la cotisation p.13

4.3. En cas d'absence de paiement p.13

5. LES RÉCLAMATIONS P.13

5.1. En cas d'insatisfaction, comment faire une réclamation ? p.13

5.2. Quel est le délai de prescription ? p.14

6. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE CONTRAT P.15

7. TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES P.15

LEXIQUE P.16

EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉES APRIL P.18

EXTRAIT DES STATUTS DE MUTUALIA ALLIANCE SANTÉ P.20

1 Votre contrat

1.1. Quels sont les acteurs ?

Vous

	Qui ?	Fait quoi ?
Adhérent	Vous, en tant que personne physique	• Vous adhérez à un contrat APRIL Santé Zen (convention d'assurance de groupe a adhésion facultative n° MUT2024S1). • *Vous* devenez membre de l'Association des Assurés APRIL.
Assuré	Vous Votre *Conjoint* et/ou *vos Enfants* (facultatif)	• Vous bénéficiez des garanties d'assurance santé souscrites par l'Adhérent.

Quelles sont les conditions pour être Adhérent ou Assuré ?

- Avoir sa résidence principale établie en France métropolitaine ou dans l'un des Départements ou Régions d'Outre-Mer (DROM) ou l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin à l'exclusion de Mayotte.
- Être affilié à un *Régime d'Assurance Maladie Obligatoire* français.
- Pour un Adhérent, être âgé de âgé de dix-huit (18) ans au moins et de quatre-vingt-cinq (85) ans au plus tard au 31 décembre de l'année de la prise d'effet de l'adhésion.

Nous

	Qui ?	Fait quoi ?	Mentions légales
MUTUALIA ALLIANCE SANTE	Organisme assureur	• Paiement à l'Assuré des garanties prévues au contrat d'assurance	Mutuelle soumise aux dispositions du Livret II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 403596265 et dont le siège social est situé au 14 rue des Rosati 62000 ARRAS. Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09
Association des Assurés APRIL	Association	• Étude, souscription et promotion pour ses adhérents de tout type d'assurances collectives autorisées par la loi. • Souscription des Convention d'assurance APRIL Santé Zen (n° MUT2024S1) auprès de l'Organisme assureur	Association loi 1901, située 69006 LYON Statuts et règlements consultables sur www.association-assures-april.fr
APRIL Santé Prévoyance (ci-après APRIL ou «Nous»)	Intermédiaire en assurance	• Gestion des contrats d'assurance, sur délégation de l'Organisme assureur	SASU au Capital de 540 640 €, 12 rue Juliette Récamier CS15555 - 69452 Lyon Cedex 06 RCS Lyon n°428 702 409 – N°ORIAS 07 002 609 Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située, 4 place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09

1.2. Quelle est la réglementation applicable au contrat ?

Ce contrat est soumis au droit français et notamment au Code de la mutualité.
Dans le cadre de l'exécution de ce contrat, la langue utilisée est le français.
Pour faciliter votre compréhension, chaque terme ou expression comportant une majuscule et en italique est défini(e) au Lexique.

1.3. Adhésion et prise d'effet

L'adhésion au contrat est matérialisée par la signature de la demande d'adhésion, par votre acceptation de la Notice valant Conditions Générales.

Par votre signature :

- Vous acceptez les conditions d'adhésion proposées, dont la Notice valant conditions générales.
- Vous vous engagez sur l'exactitude de vos déclarations.

La confirmation de votre adhésion est matérialisée par l'émission du *Certificat d'Adhésion* par APRIL.
Votre date d'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties.

La prise d'effet de votre contrat, mentionnée sur votre *Certificat d'Adhésion* se fait, sous réserve du paiement de la première cotisation, au plus tôt :

- En cas d'adhésion par internet, le lendemain de la date de signature électronique.
- En cas d'adhésion par papier, le lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL.

Attention aux fausses déclarations !
L'adhésion est établie suivant vos déclarations, en conséquence, toute fausse déclaration peut entraîner la nullité du contrat.

Article L.221-14 du Code de la mutualité

Indépendamment des causes ordinaires de la nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union 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 la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les deux premiers alinéas ne s'appliquent pas.

Article L.221-15 du Code de la mutualité

Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle ou l'union a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dans dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle ou l'union restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisation qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du précédent alinéa.

PROCÉDURE DE SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

Étape 1

Un code de signature Vous est transmis par SMS sur le numéro de téléphone indiqué dans la demande d'adhésion.
Le code signature a une durée de validité limitée. Il est strictement personnel, confidentiel, nécessaire pour signer votre contrat et donner mandat de prélèvement, le cas échéant.

Étape 2

En renseignant le code SMS, Vous acceptez les conditions d'adhésion reçues préalablement et Vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Étape 3

Vous recevez un e-mail de confirmation sur l'adresse e-mail transmise dans la demande d'adhésion.

Les documents signés sont archivés par APRIL chez un tiers certifié et utilisés comme preuve en cas de différend sur l'application des conditions du contrat.

SI L'ADHÉSION S'EFFECTUE DANS LE CADRE D'UNE REPRISE DE VOTRE CONTRAT À LA CONCURRENCE

- Vous devez le signaler dans la demande d'adhésion, pour qu'APRIL se charge de la résiliation de votre ancien contrat.
- Si Vous ne Nous mandatez pas pour résilier votre précédent contrat, Vous devez vous charger vous-même des démarches et l'Organisme assureur ne pourra être tenu responsable en cas d'interruption de couverture.

1.4. Durée, renouvellement et modification du contrat

1.4.1. Durée et renouvellement

- **Votre contrat est conclu pour une première période s'achevant au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle par tacite reconduction au 31 décembre de chaque année.**
- Vos garanties sont viagères, c'est-à-dire que l'Organisme assureur ne peut pas y mettre fin sauf dans les cas mentionnés à la section 1.6. Résiliation du contrat.

1.4.2. Modification

- Toute modification de votre contrat et des niveaux de garanties ainsi que tout ajout d'un nouvel Assuré se fait à votre demande et sous réserve de l'acceptation d'APRIL.
- Les modifications seront effectives à la date figurant sur votre nouveau *Certificat d'Adhésion*, et au plus tôt le lendemain de la réception de votre demande.
- Vous ne pouvez choisir qu'un seul niveau de garanties par famille.

1.5. Votre droit de renonciation

1.5.1. Dans quel délai ?

En cas d'adhésion à distance ou de démarchage à domicile, Vous avez la possibilité de renoncer au contrat dans un **délai de 14 jours calendaires** à compter de votre adhésion, en application des articles L.221-18-1 et suivants du Code de la mutualité.

Le délai de renonciation court à compter des dates indiquées dans le tableau ci-dessous :

Type d'adhésion	Point de départ du délai de 14 jours
À distance (par internet)	• Soit à compter de la date d'émission du *Certificat d'Adhésion.* • Soit à la date de réception des conditions d'adhésion envoyées par APRIL, si elle est plus tardive.
Suite à un démarchage à domicile	À la date de signature de la demande d'adhésion.

Article L. 221-18-1 du Code de la mutualité

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa Résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

1.5.2. Dans quelles conditions ?

- Sans avoir à justifier d'un motif.
- Sans pénalité.
- À la condition que Vous n'ayez pas déjà reçu un premier remboursement. **Le fait de recevoir un remboursement a pour conséquence de Vous priver de votre droit de renonciation.**

1.5.3. Comment ?

À l'aide du modèle suivant :

Bonjour, Je soussigné, M./Mme (nom, prénom, adresse, numéro d'adhérent) déclare renoncer à mon adhésion à la convention APRIL Santé Zen que j'ai souscrite le (date de signature) [par l'intermédiaire du cabinet (si Vous êtes passé par un courtier)]. Le Signature	Par e-mail : **relationclient@april.com**	Par courrier : **APRIL Santé Prévoyance** Service Adhésion Santé 12 rue Juliette Récamier CS15555 69452 Lyon Cedex 06

1.5.4. Avec quelles conséquences ?

- Votre renonciation met fin au contrat et au bénéfice des garanties à la date de réception de la demande de renonciation par APRIL.
- Nous Vous rembourserons la cotisation trop perçue sauf celle due entre la prise d'effet du contrat et la renonciation.

Si des prestations ont déjà été versées au titre de l'adhésion au contrat, l'Adhérent ne pourra plus exercer son droit à renonciation.

1.6. Résiliation du contrat

Pour tous les cas de résiliations :

- Les cotisations restent dues jusqu'à la date de fin de vos garanties.
- En cas de trop versé de votre part, APRIL Vous remboursera, sous maximum 30 jours à compter de la date de résiliation de vos garanties.
- Un avis de réception précisant la date d'effet de la résiliation Vous sera adressé par APRIL.

Les garanties et le droit aux prestations cessent pour l'ensemble des Assurés dès la résiliation de votre adhésion dans les cas suivants :

À VOTRE INITIATIVE

Résiliation sans motif	• **Avant 12 mois d'adhésion** La résiliation doit être demandée au plus tard au 31 octobre de l'*Année d'Adhésion*. Votre contrat prend fin au 31 décembre. • **Après 12 mois d'adhésion** La résiliation peut être demandée à tout moment. Votre contrat prend fin un mois après la réception de votre demande.
Résiliation en cas de modification du contrat par l'Organisme assureur	• La résiliation doit être demandée dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la modification du contrat par l'Organisme assureur.

Sur votre Espace Assuré :
monespace.april.fr

Par e-mail :
relationclient@april.com

Par courrier :
APRIL Santé Prévoyance
Service Adhésion Santé
12 rue Juliette Récamier
CS15555
69452 Lyon Cedex 06

AUTRES CAS DE RESILIATION

- En cas de non paiement des cotisations :

Étape 1

En cas d'absence de paiement de tout ou partie de la cotisation dans les 10 jours suivant l'échéance, APRIL Vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure de paiement.

Étape 2

Vos garanties seront suspendues après un délai de 30 jours suivant la mise en demeure.

Étape 3

En l'absence de paiement dans un délai de 10 jours suivant la suspension des garanties, le contrat est résilié.

Si Vous payez la totalité du montant indiqué dans la lettre de mise en demeure avant la fin du délai de 10 jours qui suit la suspension des garanties, vos garanties reprendront à midi le lendemain du jour du paiement.

- En cas de dénonciation du contrat par l'Association, ou par l'Organisme assureur à l'échéance, ou en cas de cessation d'activité de l'Association :
  Vous en serez informé par l'Association et l'Organisme assureur Vous maintiendra le bénéfice des garanties.
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Organisme assureur, conformément à l'article L 211-9 du Code de la mutualité.

- En cas de fausse déclaration :
  Vous vous exposez à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre contrat si Vous procédez à une omission, réticence ou fausse déclaration, sauf s'il est établi qu'elle n'était pas intentionnelle (Art. L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité).

- En cas de fin de droits au *Régime Obligatoire d'Assurance Maladie* :
  L'Assuré cessera d'être garanti dès lors qu'il ne relève plus de l'*Assurance Maladie Obligatoire* française.

2 Vos garanties

Mots-clés
Toute expression en italique et avec une majuscule est définie en page 16.

2.1. Dispositions générales

Votre contrat prévoit le remboursement de vos frais médicaux.

Le montant de vos garanties est exprimé soit :

- **En frais réels**, suivant les dépenses réellement engagées.
- **En pourcentage** de la *Base de Remboursement*, qui inclut le *Remboursement de la Sécurité sociale.*
- **Sous la forme d'un forfait en euros**, valable par *Année d'Adhésion* et par Assuré et non cumulable d'une année sur l'autre, sauf disposition contraire indiquée au tableau de garanties.

Le montant de vos garanties varie selon que :

- **Le médecin** soit adhérent ou non à un *DPTAM*.
- **L'établissement hospitalier** soit en *Secteur Conventionné* ou *Non Conventionné*.
- **Vous avez respecté ou non** le *Parcours de Soins Coordonnés.*

APRIL Santé Zen comprend différents niveaux de garanties :
- Un socle de six (6) niveaux de garanties responsables.
- Un Renfort de garanties : trois (3) formules qui peuvent venir compléter le niveau des garanties du socle souscrit.

Chacune des formules du Renfort est conditionnée au niveau de garanties du socle choisi.

2.2 Limitations et délais d'attente

Vos garanties sont soumises à des limitations et délais d'attente durant les trois (3) premiers mois suivant la prise d'effet des garanties de chaque Assuré.

	Limitation	Délai d'attente
Date de début du remboursement	Prise en charge dès la date d'effet des garanties de chaque Assuré dans la limite de 100 % de la *Base de Remboursement*.	Non prise en charge durant les 3 premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.

2.3. Le contenu des garanties

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la *Base de Remboursement* de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du *Régime Obligatoire*, et dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente fixés par le Régime obligatoire. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par *Assuré*. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables et respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application. Vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au *Ticket Modérateur*.

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la *Base de Remboursement* de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100 % Santé, Médicaments et Honoraires en cas d'Accident) ainsi que les équipements optiques de classe B (Offre libre) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque *Assuré*. Les garanties prises en charge dans le Renfort Bien-Être ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque *Assuré*. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garantie souscrit.

SIGNIFICATION DES ABRÉVIATIONS
BR : *Base de remboursement* retenue par le régime obligatoire de protection sociale, telle que définie à l'article 2.
DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée tels que définis à l'article 2 qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) et l'OPTAM-ACO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée -Anesthésie - Chirurgie et Obstétrique).
FR : Frais réellement engagés par l'adhérent ou ayant droit assuré sous déduction du remboursement du régime obligatoire de protection sociale.
HLF : Honoraires Limites de Facturation
PLV : Prix Limites de Vente
RO : Régime obligatoire de protection sociale.

<table>
<tr><th colspan="2"></th><th>Niveau 1</th><th>Niveau 2</th><th>Niveau 3</th><th>Niveau 4</th><th>Niveau 5</th><th>Niveau 6</th></tr>
<tr><td colspan="8">HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNE*</td></tr>
<tr><td colspan="8">SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ</td></tr>
<tr><td colspan="2">Frais de séjour</td><td colspan="6">Frais réels</td></tr>
<tr><td colspan="2">Forfait Journalier Hospitalier</td><td colspan="6">Frais réels</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Honoraires médicaux et chirurgicaux</td><td rowspan="2">Médecins DPTAM (1)</td><td rowspan="2">100 % BR</td><td>125 % BR</td><td>150 % BR</td><td>200 % BR</td><td>250 % BR</td><td>300 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="5">Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Médecins non DPTAM (1)</td><td rowspan="2">100 % BR</td><td rowspan="2">100 % BR</td><td>125 % BR</td><td>175 % BR</td><td>200 % BR</td><td>200 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="4">Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</td></tr>
<tr><td colspan="8">SÉJOURS EN SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE</td></tr>
<tr><td colspan="2">Frais de séjour</td><td colspan="6">Frais réels</td></tr>
<tr><td colspan="2">Forfait Journalier Hospitalier</td><td colspan="6">Frais réels</td></tr>
<tr><td colspan="2">Honoraires et frais médicaux</td><td colspan="6">100 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="8">SOINS COURANTS</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)</td><td rowspan="2">Médecins DPTAM (1)</td><td rowspan="2">100 % BR</td><td>125 % BR</td><td>150 % BR</td><td>200 % BR</td><td>250 % BR</td><td>300 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="5">Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Médecins non DPTAM (1)</td><td rowspan="2">100 % BR</td><td rowspan="2">100 % BR</td><td>125 % BR</td><td>175 % BR</td><td>200 % BR</td><td>200 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="4">Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)</td><td rowspan="2">Médecins DPTAM (1)</td><td rowspan="2">100 % BR</td><td rowspan="2">100 % BR</td><td>125 % BR</td><td>150 % BR</td><td>175 % BR</td><td>200 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="4">Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</td></tr>
<tr><td>Médecins non DPTAM (1)</td><td colspan="6">100 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="2">Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)</td><td colspan="6">100 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="2">Forfait Patient Urgences et forfait actes lourds</td><td colspan="6">Frais réels</td></tr>
<tr><td colspan="2">Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %</td><td colspan="6">100 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="2">Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % et 15 %</td><td colspan="6">100 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="2">Transport</td><td colspan="6">100 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="2">Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires hors « 100% Santé », petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique</td><td rowspan="2">100 % BR</td><td>125 % BR</td><td>125 % BR</td><td>150 % BR</td><td>175 % BR</td><td>200 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="5">Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</td></tr>
<tr><td colspan="2">Prothèses Capillaires « 100% Santé » (2)</td><td colspan="6">Frais réels</td></tr>
<tr><td colspan="2">Location courte durée d'un Véhicule pour Personne en situation de Handicap « 100% Santé » (2)</td><td colspan="6">Frais réels</td></tr>
<tr><td colspan="2">Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale (3)</td><td colspan="6">100 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="8">DENTAIRE</td></tr>
<tr><td colspan="2">Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale</td><td rowspan="2">100 % BR</td><td>125 % BR</td><td>150 % BR</td><td>150 % BR</td><td>200 % BR</td><td>200 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="5">Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</td></tr>
<tr><td colspan="2">Soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale (4)</td><td colspan="6">Frais réels</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Prothèses « Offre Modérée » (4) et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale</td><td rowspan="2">100 % BR</td><td rowspan="2">100 % BR</td><td>200 % BR</td><td>250 % BR</td><td>300 % BR</td><td>400 % BR</td></tr>
<tr><td colspan="4">Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</td></tr>
</table>

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
DENTAIRE						
Plafond prothèses « Offre Modérée » [4] et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale [4] Hors soins et prothèses « *100 % Santé* » remboursés par la Sécurité sociale	–	–	1 500 € au-delà 100 % BR"	2000 € au-delà 100 % BR	*2 500 € au-delà 100 % BR*	*2 500 € au-delà 100 % BR*
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
			Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
OPTIQUE						
La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en Classe B et 30 € en Classe A. Le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans sur les niveaux responsables à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ou en cas de souscription du niveau Access non responsable. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.						
Équipement « *100 % Santé* » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle [5]	Frais réels					
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.					
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)	100 % BR	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)		125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)		200 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Pour les équipements « Offre libre » Classe B	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100 % BR	50 % des frais réels				
		Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale par *Année d'Adhésion*	100 % BR	100 % BR + 35 €	100 % BR + 70 €	100 % BR + 120 €	100 % BR + 170 €	100 % BR + 200 €
		Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Lentilles refusées par la Sécurité sociale par *Année d'Adhésion*	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Chirurgie réfractive et traitement de l'oeil au laser par *Année d'Adhésion* et par œil	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
AIDES AUDITIVES						
Aides auditives [7] **(Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)**						
Équipements « *100 % Santé* » Classe I [7]	Frais réels					
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille [8]	100 % BR					
Accessoires	100 % BR					
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN						
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR					

BR : Base de remboursement

* En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPTAM-ACO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(2) Dans le cadre du « 100% Santé », ces frais sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix limites de vente prévus pour ce type d'actes.

(3) Prise en charge selon les limitations prévues par le dispositif « Mon Soutien Psy ».

(4) Tels que définis réglementairement. Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du panier « 100 % Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des honoraires de facturations prévues pour ce type d'actes en application du décret n ° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(5) Tels que définis réglementairement. Les frais optiques exposés dans le cadre du « panier 100 % Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix limites de vente prévues pour ce type d'actes en application du décret n ° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(6) S'agissant des lunettes, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement Classe A « 100 % Santé » ou Classe B « Offre Libre » composé de deux verres et d'une monture par période d'un an. Non cumulable d'une année sur l'autre.

(7) Tels que définis réglementairement. Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100 % Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipement auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement.

(8) Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime Obligatoire.

Renfort Bien-Être	Formule 1		Formule 2	Formule 3
	Pour Niveau 1	Pour Niveau 2	Pour Niveau 3 ou 4	Pour Niveau 5 ou 6
Chambre particulière en secteur conventionné – par jour et par assuré – **dans la limite de 30 jours** pour les séjours en Médecine Chirurgie Maternité, établissements de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés. **Hors hospitalisation psychiatrique**	50 €	50 €	80 €	110 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) en secteur conventionné– par jour – **dans la limite de 30 jours** pour les séjours en Médecine Chirurgie Maternité, établissements de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés. **Hors hospitalisation psychiatrique**	25 €	25 €	35 €	50 €
Forfait médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute – par année d'adhésion et par assuré	100 €	100 €	125 €	150 €
Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale – par année d'adhésion et par assuré	50 €	50 €	60 €	70 €
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie (sauf esthétique) – par année d'adhésion et par assuré	50 €	50 €	100 €	150 €
Renfort optique : forfait supplémentaire sur les verres « Offre libre » Classe B uniquement – par assuré, valable tous les deux ans à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.	-	+ 50 €	+100 €	+ 150 €
Renfort aides auditives – le forfait se renouvelle tous les 4 ans à compter de la dernière acquisition pour l'« Offre libre » Classe II	150 €/oreille	150 €/oreille	250 €/ oreille	350 €/ oreille

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00]
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
  - dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ + 4,00
  - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 6,00

CATÉGORIE 2

- 1 Verre de la catégorie 1

Et

- 1 Verre de la catégorie 3

CATÉGORIE 3

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
  - dont la sphère est [- 6,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00
  - dont la sphère est < à -6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
  - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 6,00
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
  - dont la sphère est [-4,00 et +4,00]
  - dont la sphère est hors zone de [– 4,00 à + 4,00]

- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
  - dont la sphère est [– 8,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à +4,00
  - dont la sphère est [– 8,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00
  - dont la sphère est < à – 8,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
  - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 8,00
  - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 8,00

ou

- 1 Verre de la catégorie 3
- 1 autre Verre de la catégorie 3

* Somme S = (sphère + cylindre)

2.4. Quelles sont les exclusions de garanties ?

Ne sont pas pris en charge :

- **Les actes effectués antérieurement à la date d'effet du contrat**
- **Les actes effectués antérieurement à la date d'adhésion d'un assuré en cas d'ajout en cours de contrat.**
- **Les actes effectués postérieurement à la date de fin du contrat (résiliation ou radiation du contrat)**

Les dépenses que votre contrat ne prend pas en charge sont les suivantes :

Les exclusions liées à la nature des soins	• **Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires.** • **Les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les *Hospitalisations* en longs séjours.** • **Les soins esthétiques, les cures de toutes natures, la thalassothérapie.**
Les exclusions réglementaires	• **La participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux.** • **La diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné.** • **Les frais de soins non pris en charge par la Sécurité sociale et/ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties.**

3 Vos remboursements

3.1. Quelles sont les conditions de remboursement ?

Seuls sont remboursés :

- Les frais de santé pris en charge par le *Régime Obligatoire* sauf mention contraire dans les tableaux de garanties.
- Les actes réalisés pendant la période de validité des garanties.

Les remboursements sont effectués en euros.

Les remboursements interviennent :

Sous déduction des remboursements de l'*Assurance Maladie Obligatoire* ou autre organisme de complémentaire santé **&** **Dans la limite maximum des garanties et des frais réels engagés** **&** **Sur justification des actes réalisés**

En cas d'*Accident* causé par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans vos droits, pour récupérer auprès de celui-ci les remboursements de frais de santé dont Vous avez bénéficiés.

Quand elles sont contractées sans fraude et conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1005 du 31/12/1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs Organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie et dans la limite des frais réellement engagé, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, Vous pouvez obtenir l'indemnisation en Vous adressant à l'Organisme assureur de votre choix.

3.2. Comment demander vos remboursements ?

- **Le tiers payant**

Ce service Vous permet de ne pas régler Vous-même les frais de soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire auprès des professionnels de santé qui acceptent le tiers payant. Cette dispense de paiement est limitée au montant de la *Base de Remboursement* ou au montant des plafonds et forfaits prévus au tableau des garanties et dans la limite des frais réellement engagés.
Pour bénéficier de ce service, Vous devez présenter aux professionnels de santé votre carte tiers payant santé.

- **La télétransmission**

L'*Assurance Maladie Obligatoire* envoie directement à APRIL tous les documents nécessaires.

- **Sinon, c'est à Vous de Nous transmettre votre demande de remboursement.**

Avec quels documents ?

- Les originaux des décomptes de l'*Assurance Maladie Obligatoire*.
- Pour les soins non remboursés par l'*Assurance Maladie Obligatoire*, les originaux des notes ou factures acquittées avec le numéro SIRET du praticien, le nom et prénom de l'Assuré, les actes ou prestations réalisés et les prescriptions médicales.
- Les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.
- En cas d'*Hospitalisation*, le bulletin de situation, les factures acquittées et notes d'honoraires et, sur demande, un certificat médical détaillé.
- Pour les frais d'optique, les factures acquittées et ordonnances. En cas de renouvellement anticipé, la prescription médicale justifiant de l'évolution de la vue.
- Toute autre pièce demandée par APRIL en votre possession ou légalement accessible nécessaire à l'instruction de la demande de prestation.

Comment ?

Sur votre Espace Assuré :
monespace.april.fr

Par courrier :
APRIL Santé Prévoyance
Service Adhésion Santé - 12 rue Juliette Récamier
CS15555
69452 Lyon Cedex 06

3.3. Le contrôle médical et administratif

Si Vous avez reçu des remboursements, APRIL pourra contrôler leur bien-fondé dans les conditions suivantes :

	Nos droits de contrôle	Vos droits en cas de contrôle
Renseignements et documents	Nous pouvons Vous demander tous renseignements et documents utiles pour l'appréciation de votre droit aux prestations.	Si ces documents ou renseignements ont un caractère médical, envoyez-les sous pli confidentiel au médecin conseil d'APRIL : A l'attention du médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance 12 rue Juliette Récamier CS15555 69452 Lyon Cedex 06
Expertises	**Nous pouvons organiser une expertise à tout moment par un médecin indépendant, spécialisé dans les expertises médicales, soit en France soit dans le pays du lieu de l'*Accident* ou de la maladie, et à nos frais. Sous peine de déchéance de garantie, le médecin désigné par APRIL doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état. Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées. Si Vous refusez de Vous soumettre à cette expertise, Vous perdrez le droit à votre garantie.**	Lors de l'expertise, Vous avez la possibilité d'être accompagné du médecin de votre choix qui est agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré, et à vos frais.
	En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent à un troisième médecin. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.	

3.4. La fraude aux remboursements

3.4.1. Quels sont les cas de fraude ?

- **Si Vous fournissez ou utilisez volontairement des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou si Vous utilisez d'autres moyens frauduleux pour obtenir le versement des prestations.**
- **Si Vous faites volontairement une fausse déclaration, sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre.**

3.4.2. Quelles sont les sanctions en cas de fraude ?

Vous vous exposez à :

- **La déchéance de votre droit à indemnisation (et le cas échéant, le remboursement des sommes déjà versées pour ce sinistre).**
- **Des poursuites pénales de la part de l'Organisme assureur.**
- **La résiliation de l'adhésion.**

4 Vos cotisations

4.1. Le calcul et l'évolution des cotisations

- **Le montant de la cotisation dépend :**
  - De l'âge millésime de chaque Assuré calculé au 31 décembre de l'année de la prise d'effet des garanties ou de leur modification.
  - De la composition de la famille assurée.
  - Du département de *Résidence* de l'Adhérent.
  - Du *Régime Obligatoire* de chaque Assuré.
  - Du niveau de garantie choisi et de l'éventuel renfort Bien-Être souscrit.

Le montant de la cotisation est indiqué toutes taxes comprises. Il est précisé dans l'appel de cotisations.
Vous devez Nous déclarer la modification de ces critères dès que Vous en avez connaissance et au plus tard dans les 3 mois. Si cette modification entraîne une augmentation du montant de la cotisation, Vous avez 30 jours pour l'accepter. À défaut, la résiliation intervient à la fin de cette période de 30 jours.

- **Le montant de la cotisation évolue dans les cas suivants :**
  - Augmentation annuelle automatique de 3% au 1er janvier de chaque année.
  - Modification en cas d'évolution de la consommation médicale du *Groupe Assuré*.
  - Modification de la composition familiale.
  - Modification liée à un changement légal, réglementaire, du taux des taxes applicables ou instauration d'une nouvelle imposition.

Si cette modification entraîne une augmentation du montant de la cotisation, Vous avez 30 jours pour l'accepter. À défaut, la résiliation intervient à la fin de cette période de 30 jours.

4.2. Le règlement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance annuellement, sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé :

- En France pour les paiements par chèque,
- Dans un pays membres de la zone SEPA pour les paiements par prélèvement.

Elle peut faire l'objet d'un fractionnement :

	Mensuel	Trimestriel	Semestriel	Annuel
Prélèvement automatique	✓ Uniquement si cotisation > 16 €/mois	✓	✓	✓
Chèque	-	-	✓	✓

4.3. En cas d'absence de paiement

Le contrat est résilié selon la procédure détaillée à la section 1.6. Résiliation du contrat, relative à la résiliation du contrat par APRIL en cas de non-paiement des cotisations.

5 Les réclamations

5.1. En cas d'insatisfaction, comment faire une réclamation ?

1 Adressez-Vous à notre Service Réclamations

Avec le formulaire réclamation **sur l'Espace Assuré https://monespace.april.fr**	Par e-mail : **relationclient@april.com**	Par courrier : Service réclamations **APRIL Santé Prévoyance** 12 rue Juliette Récamier CS15555 69452 Lyon Cedex 06

Une réponse Vous sera apportée dans un délai de 10 jours ouvrables, et dans un délai de traitement maximal qui ne pourra excéder 2 mois.

2 Si le désaccord persiste, Vous pouvez saisir le Médiateur compétent

Toute demande de médiation doit être précédée d'une réclamation écrite. Si la réponse apportée ne satisfait pas ou si aucune réponse n'a été apportée dans les deux (2) mois suivant l'envoi de la première réclamation écrite, l'adhérent ou l'assuré pourra saisir le médiateur compétent.

Conditions de la saisine du Médiateur :

- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.
- Cette démarche n'empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours si l'adhérent ou l'assuré le souhaite.
- Le médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.
- Le médiateur doit être saisi dans un délai maximum de 1 an à compter de la date de la première réclamation

Par courrier : **CNPM MEDIATION CONSOMMATION** 27, avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND	Avec le formulaire de saisine sur le site de la CNPM MEDIATION CONSOMMATION : **www.cnpm-mediation-consommation.eu**

Il est conseillé à l'adhérent ou l'assuré de s'adresser au Service Réclamations d'APRIL qui l'orientera au mieux et pourra lui fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.

Si l'adhérent a adhéré au contrat à distance par Internet, il peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges.

Plateforme de la Commission européenne pour la résolution des litiges
http://ec.europa.eu/consumers/odr/

5.2. Quel est le délai de prescription ?

Vous disposez d'un délai maximum de 2 ans pour engager toute action liée à la conclusion, à l'exécution ou à la résiliation du contrat. Le délai de 2 ans court à compter de l'événement à l'origine de l'action. Passé ce délai, tout recourt sera impossible.

Article L.221-11 du Code de la mutualité

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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

La prescription peut être interrompue dans les cas suivants :

Causes ordinaires

- Reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code Civil).
- Introduction d'une demande en justice (article 2241 à 2243 du Code Civil).
- Interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2245 du Code Civil).
- Mesure conservatoire prévue par le Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil).
- Interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code Civil).
- Cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code Civil).

Autres causes

- Par APRIL : action en paiement de la cotisation.
- Désignation d'experts en cas de réalisation du risque.
- Par Vous : action en paiement des garanties.

Article L.221-12 du Code de la mutualité

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L.221-12-1 du Code de la mutualité

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

6 La gestion administrative de votre contrat

APRIL est en charge de la gestion administrative de votre contrat, de l'adhésion jusqu'à sa résiliation.
C'est donc à APRIL que Vous devez adresser l'ensemble de vos demandes liées à votre contrat.
Soit directement par le biais de votre Espace Assuré, soit par courrier :

Pour toutes demandes relatives au règlement des prestations :
APRIL
Service Prestations
69452 Lyon Cedex 06

Pour toute autre demande relative à votre contrat :
APRIL
Service Adhésion Santé
12 rue Juliette Récamier
CS15555
69452 Lyon Cedex 06

L'ensemble de nos échanges et de nos documents sont sauvegardés dans votre Espace Assuré. Si Vous Vous opposez à la communication par e-mail, Nous Vous adresserons des courriers.

***Vous* devez Nous avertir immédiatement de tout changement de votre adresse postale et/ou électronique. Sinon, les informations envoyées à votre dernière adresse connue sont considérées comme valablement transmises.**

VOTRE ESPACE ASSURÉ

Vous pourrez créer votre compte directement depuis la page de connexion de votre Espace Assuré.

Réalisez toutes vos démarches en ligne :
- Téléchargez votre carte de tiers payant et tous vos documents,
- Déposez vos demandes de remboursement,
- Réalisez une prise en charge hospitalière, un devis optique ou dentaire,
- Demandez à modifier votre contrat (évolution de vos niveaux de garanties, ajout d'ayant-droit....).

Télécharger dans l'App Store
Google Play

Rendez-vous sur monespace.april.fr ou téléchargez l'application gratuite «APRIL Santé Prévoyance Emprunteur»

7 Traitement de vos données personnelles

Dans le cadre de votre contrat d'assurance, l'Organisme assureur et APRIL collectent et traitent des données Vous concernant en qualité de responsables conjoints de traitement.
Certains traitements relèvent de la seule responsabilité d'APRIL ou de l'Organisme assureur.

Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont Vous bénéficiez, renseignez-vous auprès :
- D'APRIL : consultez la Lettre d'information sur le traitement de vos données personnelles accessible sur votre Espace Assuré.
- Auprès de l'Organisme assureur : consultez la Politique de données personnelles disponible sur le site : https://www.mutualia.fr/donnees-personnelles

Lexique

Mots clés	Définitions
100 % Santé	Dispositif qui permet d'obtenir le remboursement à 100 % (*Remboursement de la Sécurité sociale* inclus) des frais de certaines prestations d'optique, d'aide auditive et de prothèses dentaires définies réglementairement. Ce dispositif n'est accessible qu'au bénéficiaire d'un *Contrat Responsable*.
Accident	Lorsque, pendant la période de validité de ses garanties, l'Assuré est victime d'une atteinte physique non intentionnelle, provoquée par l'action brusque, soudaine et violente d'une cause extérieure.
Année d'Adhésion	Période de 12 mois entre deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties indiquée sur le *Certificat d'Adhésion* pour chaque Assuré.
Assurance Maladie Obligatoire	L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des Régimes Obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé des assurés.
Base de Remboursement (BR)	C'est le tarif de référence retenu par *l'Assurance Maladie obligatoire* pour chaque acte médical, afin de déterminer le remboursement. Il peut s'agir du tarif de responsabilité, du tarif forfaitaire de responsabilité, du tarif d'autorité ou de convention.
Certificat d'Adhésion	Document remis à l'Adhérent justifiant son adhésion au contrat et précisant les garanties souscrites, leur date d'effet, le niveau choisi et les personnes assurées au contrat.
Conjoint	Époux ou épouse de l'Adhérent à condition de ne pas être divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou à l'amiable dès lors que la séparation est transcrite à l'état civil, ou concubin déclaré, ou cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec l'Adhérent.

Contrat Responsable	Lorsque le contrat respecte les planchers et plafonds de remboursement prévus par la loi pour favoriser le recours aux soins et inciter à limiter les dépenses de santé.
	Les garanties couvrent dans la limite des plafonds légaux :
	● Le *Ticket Modérateur* pour les soins de ville et l'*Hospitalisation*.
	● Le *Forfait Journalier Hospitalier*.
	● Le panier de soins *100 % Santé* :
	  ● Pour les équipements optiques.
	  ● Pour les prothèses dentaires et les aides auditives.
	Aucune exclusion de garanties mentionnée dans cette Notice ne s'applique aux obligations de prise en charge prévues par la réglementation.

Contrat Solidaire	Il s'agit d'un contrat non soumis à des formalités d'acceptation médicale et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés.
Dispositif Madelin	Il Vous permet de bénéficier du régime fiscal prévu par la loi n°94-126 du 11/02/1994 dite « Loi *Madelin* ». Pour en bénéficier, Vous devez : ● Adhérer à un *Contrat Responsable*. ● Relever du régime fiscal des BIC ou BNC ou des traitements et salaires (article 62 du Code général des impôts). ● Être à jour du paiement des cotisations des Régimes Obligatoires d'assurances maladie et vieillesse.
Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	En consultant un médecin adhérent au *DPTAM*, Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par l'*Assurance Maladie Obligatoire* et par votre complémentaire santé responsable. Il existe 2 dispositifs *DPTAM* : ● OPTAM-ACO, pour les spécialistes en anesthésie chirurgie et obstétrique. ● OPTAM, pour tous les autres professionnels de santé.
Enfant	*Enfant* « à charge » de l'Adhérent ou de son *Conjoint*, jusqu'au 31 décembre de ses 20 ans, qui bénéficie des prestations en nature d'un *Régime Obligatoire*. La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.
Forfait Journalier Hospitalier	Frais d'hébergement et d'entretien liés à une *Hospitalisation* pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé y compris le jour de sortie.
Groupe Assuré	Ensemble des Assurés répondant à des critères communs (*Année d'adhésion*, âge des Assurés, zone géographique de la *Résidence*, composition de la famille Assurée, *Régime Obligatoire* et garanties souscrites).

Hospitalisation	● Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier répondant aux critères suivants :
	  ● Hôpital ou clinique habilité à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées.
	  ● Possédant les autorisations administratives locales.
	  ● Agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.
	● Disposant du personnel nécessaire.
	● Séjour de moins de 24 heures pour des actes chirurgicaux spécifiquement classés ADC/KC (*Hospitalisation* ambulatoire).
	● *Hospitalisations* à domicile (H.A.D.) prises en charge par la Sécurité sociale.

Non Responsable	Contrat qui ne respecte pas les planchers ou les plafonds de remboursement prévus par la loi.
Parcours de Soins Coordonnés	Cette réglementation Vous impose de déclarer un médecin traitant, et en cas de consultation d'un autre médecin, d'avoir été préalablement adressé par votre médecin traitant. À défaut, Vous bénéficierez d'un remboursement minoré par la Sécurité sociale et votre contrat complémentaire santé ne pourra prendre en charge ce reste à charge spécifique.
Régime d'assurance maladie Obligatoire	C'est le régime d'assurance maladie obligatoire français. Suivant votre situation, Vous relevez : ● Du régime général (salarié et TNS). ● Du régime agricole. ● Du régime social d'Alsace/Moselle.
Remboursement de la Sécurité sociale	Il est égal à la *Base de Remboursement* multipliée par le *Taux de Remboursement*.
Résidence	Lieu d'habitation habituel et effectif de l'Adhérent et de sa famille.
Secteur Conventionné	L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et l'Assurance Maladie Obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés. On peut distinguer les professionnels du secteur 1 qui s'engagent à respecter les bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligataire. De ceux du secteur 2 qui sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.
Secteur Non Conventionné	Professionnels de santé qui pratiquent des tarifs libres (plus élevés que les conventionnés).
Taux de Remboursement de l'Assurance Maladie	Le *Taux de Remboursement* varie selon : ● La prestation ou le produit (par exemple, 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % selon les médicaments). ● La situation de l'Assuré (par exemple, 100 % en cas de maternité ou d'affection longue durée). ● Le respect du *Parcours de Soins* Coordonnés (réduction du taux en dehors du parcours).
Ticket Modérateur	C'est la quote-part que la Sécurité sociale laisse à la charge de l'Assuré, c'est à dire la différence entre la *Base de Remboursement* de la Sécurité sociale et le *Remboursement* par la Sécurité sociale.

Extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL

Les statuts complets et le règlement intérieur sont consultables sur internet à l'adresse suivante : https://associationdesassuresapril.fr

Mis à jour le 14 avril 2026

Article 1. Objet

Cette Association a pour objet :

- d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses Adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective, dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du code des assurances, soit du code de la mutualité ou encore du code de la Sécurité sociale ;
- de mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Adhérents à travers un Fonds d'Actions Solidaires.

Article 2. Siège

Le siège social est fixé à Lyon 6ème, au 12 rue Juliette Récamier.

Article 3. Composition

L'Association se compose de Membres Adhérents qui se distinguent entre :

- les Membres Adhérents ;
- les Membres Adhérents ayant la qualité de travailleurs non-salariés ;
- les Membres Adhérents Collectifs qui sont les entreprises, organismes ou autres personnes morales ayant souscrit à l'une des conventions souscrites par l'Association pour le compte de leurs salariés.

Pour faire partie de l'Association, il faut être admis à l'assurance dans le cadre de l'une des conventions souscrites par l'Association et être en règle de sa cotisation associative.

La qualité de Membre Adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de la cotisation associative sous réserve de l'acceptation de l'adhésion à la convention d'assurance par l'organisme assureur. A défaut d'acceptation le montant de la cotisation associative sera remboursé au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

Article 4. Perte de la qualité de Membre

La qualité de Membre Adhérent se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;
- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;
- par la démission adressée au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception à l'intention du Président, auquel devront être joints la copie du courrier de résiliation aux assurances souscrites dans le cadre de son adhésion. Lesdites résiliations devant respecter les conditions définies par les contrats.

En tout état de cause, la cotisation éventuellement appelée au titre de l'année de perte de la qualité de Membre Adhérent reste acquise à l'Association.

Article 5. Opposabilités aux Adhérents

Toute adhésion à l'Association s'inscrit dans le cadre de conventions d'assurance conclues entre l'Association et des organismes assureurs. Le contenu de ces conventions, mentionnant notamment les conditions et conséquences d'une résiliation des conventions par l'Association ou l'organisme assureur, est remis aux Membres Adhérents lors de leur adhésion à l'Association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

Article 6. Fonds d'Actions Solidaires

Il est institué un Fonds d'Actions Solidaires utilisé sous la responsabilité du Conseil d'Administration pour l'attribution de secours individuels aux Membres Adhérents se trouvant dans des cas de détresse grave.

Il permet le versement d'aides pour participer aux dépenses de santé, prévues ou non aux dispositions contractuelles.

Le budget du fonds social est voté annuellement par le Conseil d'Administration. Le détail des aides et des conditions d'accès sont disponibles sur internet à l'adresse suivante :

https://associationdesassuresapril.fr.

Article 7. Assemblées Générales

1. Convocation

Les Membres Adhérents de l'Association tels que définis à l'article 3, adhérents au jour de la décision de la convocation, sont réunis au moins une fois par an en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

Les Assemblées Générales se composent de tous les membres de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et est valablement faite au choix du Conseil d'Administration :

- soit par lettre simple ou courrier électronique envoyé au moins soixante jours calendaires avant la date de l'Assemblée Générale ;
- soit par annonce au sein d'une publication destinée à tous les Membres Adhérents.

Les Assemblées se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou pour ce qui concerne les Assemblées Générales Extraordinaires sur la demande d'au moins 10% des Membres Adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi desdites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration. Elles sont faites au moins soixante jours avant la tenue de l'Assemblée Générale.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent adhérents dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président du Conseil d'Administration quarante cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

2. Droit de vote

Tout Membre Adhérent de l'Association dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'Assemblée Générale.

Chaque Membre Adhérent personne physique, ne peut être représenté que par un autre membre Adhérent personne physique. Les Membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Membre Adhérent a la faculté de donner mandat à un autre Membre Adhérent ou à son conjoint. Un même Membre Adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule Assemblée Générale ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux Assemblées - ordinaire et extraordinaire - se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

3. Tenue des Assemblées

La Présidence de l'Assemblée Générale appartient au Président du Conseil d'Administration qui peut déléguer ses fonctions au Vice-Président et à défaut à un autre Administrateur.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des adhérents présents ou représentés.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le Président et le Secrétaire. Les procès verbaux peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées Générales obligent par leurs décisions tous les membres y compris les absents.

4. Assemblée Générale Ordinaire

Au moins une fois par an, les Membres Adhérents sont convoqués en Assemblée générale ordinaire dans les conditions prévues précédemment.

L'Assemblée Générale Ordinaire entend :

- le rapport sur la gestion établi par le Conseil d'Administration portant notamment sur le

fonctionnement des conventions d'assurance souscrites par l'Association. Ce rapport est tenu à la disposition des Adhérents qui en font la demande ;

- les rapports du commissaire aux comptes ;
- le rapport moral ;
- le rapport financier.

L'Assemblée générale, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos (année civile) et délibère sur toutes les autres questions figurant à l'ordre du jour.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'Administration dans les conditions prévues à l'Article 12 des statuts.

Les décisions de l'Assemblée générale ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée. Toutefois, si le quart au moins des membres présents le demande, les votes sont émis au scrutin secret.

Pour l'élection des membres du Conseil d'Administration, le vote secret est obligatoire.

5. Assemblée Générale Extraordinaire

Elle est convoquée dans les conditions définies précédemment.

L'Assemblée Générale Extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux statuts, les opérations de fusion ou de dissolution.

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des Membres Adhérents présents.

Les votes ont lieu à main levée, sauf si le quart au moins des Membres Adhérents présents demande le vote secret.

Article 8. Règlement intérieur

Le règlement intérieur complétant les dispositions statutaires est accessible sur internet à l'adresse suivante :

https://associationdesassuresapril.fr.

Mutualia Alliance Santé

Statuts Mutualia Alliance Santé
adoptés par l'Assemblée Générale du 7 juin 2023

Réglement intérieur Mutualia Alliance Santé
adopté par l'Assemblée Générale du 7 juin 2023

STATUTS
MUTUALIA ALLIANCE SANTÉ

TITRE I
FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I :
FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 – DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE

La mutuelle dénommée MUTUALIA Alliance Santé est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

MUTUALIA Alliance Santé est immatriculée sous le numéro SIREN 403 596 265, MUTUALIA Alliance Santé est appelée ci-après « la mutuelle ».

Article 2 – SIÈGE SOCIAL DE LA MUTUELLE

Le siège social de la mutuelle est situé au sis 14 rue des Rosati - 62000 ARRAS Cedex.

Il peut être transféré, à effet immédiat, sur simple décision du Conseil d'Administration. La plus prochaine Assemblée Générale procède à la mise à jour des statuts.

Article 3 – OBJET DE LA MUTUELLE

La mutuelle a pour objet à titre principal de réaliser les opérations d'assurance suivantes :

- couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1c) ou à la maladie (branche 2c),

- contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (branche 20),

La mutuelle a également pour objet, à titre accessoire, au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit et dès lors que les prestations délivrées découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit :

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

- de mettre en œuvre une action sociale dans le cadre du fonds d'entraide destiné à aider de manière ponctuelle les membres participants et leurs ayants droit en difficulté ou lors d'événements particuliers limitativement énumérés dans le règlement de fonctionnement de la Commission en charge de l'Action Sociale établi par le Conseil d'Administration et approuvé par la plus proche Assemblée Générale. Le montant de ce fonds d'entraide est défini chaque année par l'Assemblée Générale puis réparti par le Conseil d'Administration après étude des dossiers et propositions par la Commission en charge de l'Action Sociale.

La mutuelle peut, pour la présentation et la souscription de ses garanties, recourir à l'intermédiation d'organismes habilités, selon les dispositions de l'article L 116-2 du code de la Mutualité. Elle peut également présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme assureur. La mutuelle peut déléguer tout ou partie de la gestion d'un contrat collectif. L'activité d'intermédiation fait l'objet d'un rapport spécifique établi par le Conseil d'Administration et présenté chaque année à l'Assemblée Générale.

Plus généralement, la mutuelle peut :

- conclure avec d'autres mutuelles ou unions régies par le livre II du code de la mutualité des conventions par lesquelles elle se substitue intégralement ou partiellement à ces organismes pour la délivrance d'engagements relatifs aux branches d'activités mentionnées au 1°) du présent article ;
- créer ou adhérer à une union, à une union de groupe mutualiste et/ou à une union mutualiste de groupe.

Article 4 – ADHÉSION À L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE MUTUALIA ET AU GROUPE MUTUALIA : RESPECT DES ENGAGEMENTS

La mutuelle adhère à l'UMG Mutualia, Union Mutualiste de Groupe telle que définie à l'article L. 111-4-2 du Code de la mutualité, afin de faire partie intégrante du Groupe Mutualia.

A ce titre, la mutuelle s'engage au respect des dispositions des statuts de l'UMG Mutualia et de la convention d'affiliation conclue avec elle, notamment celles :

- subordonnant à l'information ou à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration ou de l'Assemblée Générale de l'UMG Mutualia, la conclusion par la mutuelle d'opérations énumérées par les statuts de l'UMG ou dans la convention d'affiliation ;
- prévoyant des pouvoirs de sanction de l'UMG à l'égard des organismes affiliés.

Plus généralement, au titre de son appartenance au Groupe Mutualia, la mutuelle s'engage à se conformer aux mécanismes traduisant d'une part, l'influence dominante de l'UMG Mutualia et d'autre part, la solidarité financière, et s'engage à se soumettre aux pouvoirs de contrôle et de sanction exercés par l'UMG dans ce cadre.

Article 5 – CHAMP GÉOGRAPHIQUE DE LA MUTUELLE

Le champ géographique de la mutuelle correspond à celui fixé par la convention d'affiliation au Groupe Mutualia.

Article 6 – RÈGLEMENT MUTUALISTE

Un (ou des) règlement(s) mutualiste(s), adopté(s) par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, définissent le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les garanties mises en œuvre par la mutuelle sont définies :

a) pour les opérations individuelles, dans le règlement mutualiste qui détermine les droits et obligations de la mutuelle et de chaque membre participant et auxquels adhèrent les membres participants par la signature d'un bulletin d'adhésion,

b) pour les opérations collectives, dans les contrats écrits conclus entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle au profit des salariés ou des membres de la personne morale, ceux-ci devenant à compter de leur adhésion membres participants de la mutuelle.

La signature du bulletin d'adhésion et du contrat emporte acceptation des dispositions des statuts de la mutuelle ainsi que des droits et obligations définis par le règlement mutualiste ou du contrat. Les modifications apportées à ce règlement sont proposées par le Conseil d'Administration et ratifiées par l'Assemblée Générale.

Article 7 – RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un Règlement Intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, détermine les conditions d'application des présents statuts. Par ailleurs, il définit les modalités d'organisation et de fonctionnement des sections de vote de la mutuelle. Le Règlement intérieur est tenu à la disposition des adhérents. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et qu'au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement. Celles-ci sont présentées pour ratification à la plus proche Assemblée Générale aux conditions de quorum et de majorité simples.

Article 8 – RESPECT DE L'OBJET DE LA MUTUELLE

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 9 –PROTECTION DES DONNÉES À CRAACTÈRES PERSONNEL

Les données relatives aux membres constituent des données à caractère

personnel et sont protégées à ce titre par le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25

mai 2018 (ci-après, « le règlement européen sur la protection des données »), ainsi que par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La mutuelle s'engage, dans le cadre des différents traitements qu'elle est amenée à mettre en œuvre au titre la réalisation de son objet et des activités, à respecter toutes les obligations posées par ces différentes règlementations, et notamment à ne pas utiliser les données à caractère personnel des membres à d'autres fins que celles résultant de l'application des statuts, du règlement intérieur.

Les membres font l'objet de traitements nécessaires à l'exécution des présents statuts en vue de gérer la vie institutionnelle de la Mutuelle et de réaliser les opérations nécessaires à sa gouvernance.

Dans ce cadre et sans que cette liste soit exhaustive, les finalités des traitements auxquelles sont destinées les données à caractère personnel sont les suivantes :

- convocations aux Assemblées générales et aux Conseils d'administration ;
- élections des délégués et celles des administrateurs ;
- actions conformes à l'objet social de la mutuelle.

Ces traitements se fondent sur l'une des bases juridiques suivantes :

- la mise en œuvre des statuts de la mutuelle auxquels les membres adhèrent ;
- les intérêts légitimes poursuivis par la mutuelle.

Les données sont destinées à la mutuelle et sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées à savoir pendant les délais légaux de prescription susceptibles de s'appliquer.

Elles peuvent être transmises le cas échéant à des sous-traitants en vue de réaliser toute opération répondant aux finalités susmentionnées.

Les membres disposent, dans les conditions et limites prévues par la règlementation des droits suivants :

- droits d'accès, de rectification et d'effacement de leurs données ;
- droit à la limitation du traitement de leurs données ;
- droit d'opposition au traitement de leurs données sous réserve qu'il n'existe pas pour la Mutuelle de motifs légitimes et impérieux ;
- droit à la portabilité.

Pour exercer l'un des droits susvisés, le membre adresse une lettre simple, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité, à l'adresse suivante : Mutualia - Délégué à la Protection des Données – 19 rue de Paris - CS 50070 – 93013 Bobigny Cedex ou delegue-protection-donnees@mutualia.fr

En cas de désaccord, il peut introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de ses données personnelles, à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy 75007 Paris, ou https://www.cnil.fr/fr/plaintes.

CHAPITRE II
CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 : L'ADHÉSION

Article 10 – CATÉGORIES DE MEMBRES

Conformément à l'article L114-1 de la mutualité, la mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

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

Les membres honoraires sont :

a) soit des personnes physiques qui versent des cotisations, des contributions, font des dons à la mutuelle sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle,

b) soit des personnes morales qui ont souscrit auprès de la mutuelle un contrat collectif. Le Conseil d'Administration statue sur l'attribution de la qualité de membre honoraire suite à une demande formulée par écrit.

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

- en qualité de membre participant : les personnes qui bénéficient, sur l'ensemble du territoire français, d'un régime d'Assurance Maladie quel qu'il soit.
- en qualité de membre honoraire : les personnes à jour de leurs cotisations.

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

- conjoint, concubin, partenaire PACS.
- descendants ou ascendants à charge.

L'enfant à charge se définit comme suit :

- -l'enfant de moins de 16 ans à la charge effective de l'assuré.
- l'enfant de moins de 26 ans en apprentissage, en poursuite d'études, atteint d'une infirmité ou d'une maladie chronique rendant impossible l'exercice d'une activité salariée.
- l'enfant de plus de 25 ans ayant dû interrompre ses études pour cause de maladie : en ce cas, la qualité d'ayant droit est maintenue jusqu'à la fin de l'année scolaire du 26ème anniversaire.

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

Pour les opérations collectives, les contrats collectifs peuvent définir de manière spécifique les ayants droit de leurs membres participants.

Article 11 – ADHÉSION INDIVIDUELLE

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 10 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du Règlement intérieur et des droits et obligations définis par les règlements mutualistes.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

Article 12 – ADHÉSION DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS

I- Opérations collectives facultatives :

La qualité d'adhérent, en tant que membre participant, à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion, laquelle emporte acceptation des dispositions des statuts, du Règlement intérieur et des droits et obligations définis au contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

II- Opérations collectives obligatoires :

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

Article 13 - DÉMISSION

La demande de démission doit être donnée par écrit notifiée à la mutuelle selon l'une des modalités suivantes, au choix de l'adhérent :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou au sein d'une agence de la mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;
- lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La demande de démission doit être notifiée dans les conditions prévues aux articles L.221-10, L.221-10-1, L.221-10-2, L.221-10-3 et L.221-17 du code de la mutualité.

La démission de la mutuelle entraîne la perte de la qualité de l'adhérent dans

les conditions et formes prévues au règlement mutualiste.

La renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la mutuelle entraine de plein droit la démission de la mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent sous réserve des dispositions de l'alinéa précédent.

Article 14 - RADIATION

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

Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration qui peut déléguer ce pouvoir au Directeur de la mutuelle.

Article 15 – EXCLUSION

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

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

Article 16 – CONSÉQUENCES DE LA DÉMISSION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

La résiliation, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions légales en vigueur. La résiliation, la radiation ou l'exclusion du membre participant entraîne celle de ses éventuels ayants droit.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, 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
ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale est composée des délégués élus par les sections de vote. Dans le cas, où la mutuelle réalise des opérations collectives visées à l'article L 221-2 du code de la mutualité, peuvent être désignées les délégués représentant des personnes morales ou souscriptrices de contrats collectifs en tant que membres honoraires et des délégués représentant leurs salariés membres participants.

SECTION 1 : COMPOSITION, ÉLECTION

Article 17 – SECTIONS DE VOTE

Dans les conditions définies aux articles 19 des statuts et au Règlement Intérieur, les sections de vote élisent des délégués à l'Assemblée Générale de la mutuelle.

Tous les membres participants de la mutuelle sont répartis en sections de vote par sections géographiques composées d'un ou de plusieurs départements.

L'étendue et la composition des sections sont fixées par le Conseil d'Administration.

Il est procédé aux élections des délégués, tous les six ans, par section de vote et par correspondance, ou tout autre mode déterminé par le Conseil d'Administration.

Chaque section de vote est composée de 1 collège représentant les membres participants. Sont considérés comme membres participants, les personnes physiques adhérentes à titre individuel ou collectif, salariées ou non salariées, affiliées à un régime légal de Sécurité Sociale. Le rattachement à la section de vote est effectué de la manière suivante :

- Adhérent à titre individuel : lieu de résidence du souscripteur ;
- Adhérent à titre collectif : lieu d'implantation du siège social de la personne morale souscriptrice.

Article 17 bis : DÉLÉGATIONS TERRITORIALES

Il est institué une ou des Délégation(s) Territoriale(s) au sein de la mutuelle.

Les délégués titulaires et suppléants, administrateurs et membres honoraires, représentants des sections de vote, constituent la Délégation Territoriale.

Le regroupement des sections de vote en Délégation Territoriale est établi par le Conseil d'Administration.

La Délégation Territoriale dispose chaque année d'un budget, voté par le CA de la mutuelle afin, notamment de :

- représenter la vie mutualiste en région(s) dans les territoires ;
- mettre en œuvre des actions de communication, d'entraide, actions sociales, prévention et de formation.

Article 18 – COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale est composée des délégués élus dans le cadre des sections de vote en vertu de l'article 19, et des délégués désignés en vertu de l'articles 20 des statuts, à jour de leurs cotisations. Chaque délégué y dispose d'une seule voix.

Un membre n'est répertorié qu'une seule fois.

Un même délégué ne peut pas représenter les membres participants et les membres honoraires.

Un délégué ne dispose que d'une seule voix, hors dispositions fixées par l'article 21 - Vote par procuration.

Article 19 – ÉLECTIONS DES DÉLÉGUÉS REPRÉSENTANT LES MEMBRES PARTICIPANTS

Le Conseil d'Administration fixe au Règlement Intérieur les modalités pratiques des déroulements des élections et des dépôts des candidatures.

Les membres participants composant les sections de vote, à jour de leurs cotisations, élisent parmi eux, sur la base des effectifs enregistrés par la section au 1er janvier de l'année N (en cours) avec un minimum d'une (1) année d'ancienneté d'adhésion, des délégués titulaires et des délégués suppléants à l'Assemblée Générale de la mutuelle.

L'élection s'effectue sur la base de candidatures individuelles. Les candidatures pour l'Assemblée Générale sont adressées au siège social de la mutuelle par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception reçue à une date fixée par le Conseil d'Administration dans le cadre d'un règlement électoral.

Les délégués sont élus pour 6 ans. L'élection s'effectue au scrutin plurinominal majoritaire à un tour.

Dans le cas où des candidats obtiendraient le même nombre de voix, l'élection est acquise au candidat le plus jeune.

Leur mandat est renouvelable. La perte de la qualité de membre participant entraîne celle de délégué titulaire ou de délégué suppléant.

Article 20 – DÉSIGNATION DES DÉLÉGUÉS REPRÉSENTANT LES MEMBRES HONORAIRES

Toute personne morale ayant souscrit un contrat collectif et à laquelle la qualité de membre honoraire a été reconnue par décision du Conseil d'Administration est représentée, en tant que telle, en Assemblée Générale, par un délégué.

Article 21 – VOTE PAR PROCURATION

Les délégués empêchés peuvent se faire représenter par un autre délégué par pouvoir écrit. Un délégué ne peut détenir plus de deux (2) pouvoirs.

Article 22 – VACANCE EN COURS DE MANDAT D'UN DÉLÉGUÉ

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause, d'un délégué titulaire, celui-ci est remplacé par le premier délégué suppléant de la section de vote venant dans l'ordre des résultats de

l'élection; ce dernier devient alors délégué titulaire.

A défaut de suppléant sur la section de vote concernée, le poste de délégué demeure vacant pour la durée du mandat restant à couvrir jusqu'au renouvellement de l'Assemblée Générale.

Article 23 - DISPOSITIONS PROPRES AUX MINEURS

Les mineurs de plus de 16 ans, suivant l'article L 114-2, ayant la qualité de membre participant, exercent leur droit de vote à l'Assemblée Générale.

SECTION 2 : RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 24 – CONVOCATION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration.

A défaut d'une telle convocation, le Président du tribunal de grande instance, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de l'organisme, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

1. La majorité des administrateurs composant le Conseil ;
2. Les commissaires aux comptes ;
3. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant ;
4. Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants : art. L. 510-1 du Code de la Mutualité ;
5. Les liquidateurs.

Article 25 – MODALITÉS DE CONVOCATION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale doit être convoquée selon les modalités de l'article D. 114-1 et suivants du code de la mutualité au moins 15 jours francs avant la date de sa réunion.

La convocation indique la dénomination sociale de la mutuelle, l'adresse du siège social, les jours, heure et lieu de la tenue de l'Assemblée Générale de la Mutuelle, son ordre du jour ainsi que les règles de quorum et de majorité applicables aux délibérations correspondantes.

Article 26 – ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Il doit être joint à la convocation.

Toutefois, 1/4 (25%) des délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de la Mutuelle des projets de résolutions dans les conditions suivantes :

La demande d'inscription à l'ordre du jour d'un projet de résolution doit être adressée par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception au Président du Conseil d'Administration au moins 5 jours avant la date de l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

L'Assemblée Générale ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut, en toutes circonstances, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration, et peut procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

Article 27 – MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

- **Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées**

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoirs prévue à l'article 30 des présents statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une mutuelle ou union, les règles générales en matière d'opérations collectives et individuelles, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par procuration dans les conditions prévues à l'article L114-13 et 21 des présents statuts est au moins égal à la moitié du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibèrera valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du nombre des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des 2/3 des suffrages exprimés.

- **Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées**

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au paragraphe (I) ci-dessus, l'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés dans les conditions prévues à l'article L.114-13 du code de la mutualité et à l'article 21 des présents statuts est au moins égal au quart du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibèrera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Dans tous les cas, il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par l'Assemblée Générale lors de la séance suivante.

Article 28 – MODALITÉS SUPPLÉMENTAIRES

I– L'élection des membres du Conseil d'Administration a lieu à bulletins secrets.

II– Les votes portants sur d'autres questions ont lieu à main levée.

III– Lorsque plus du tiers des délégués présents en séance réclame la procédure du vote à bulletins secrets, le Président du Conseil d'Administration fait procéder, par l'ensemble des délégués, au choix entre le vote par appel des délégués et le vote à bulletins secrets. Ce choix a lieu à main levée. En cas d'égalité, le vote a lieu à bulletins secrets.

Article 29 – COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

L'Assemblée Générale statue sur :

- les modifications des statuts,
- l'élection des administrateurs,
- les activités exercées,
- les montants ou taux de cotisations dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L 221-2 du code de la mutualité,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L 221-2 du code de la mutualité,
- l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la mutuelle, conformément aux articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité,
- les principes directeurs auxquels doivent obéir les opérations de cession en réassurance.
- l'émission des titres participatifs, des titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114.44 et L.114.45 du Code de la mutualité,
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et tous les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- le rapport spécial du Commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées mentionné à l'article L.114-34 de Code de la Mutualité,
- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou les 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 Code de la Mutualité,

- le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-3 du Code de la Mutualité,
- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux opérations d'intermédiation et de délégations de gestion,
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale de la Mutuelle décide :

- la nomination des commissaires aux comptes,
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle,
- les délégations de pouvoir prévues à l'article 30 des présents statuts,
- les apports faits aux mutuelles ou unions créées en vertu des articles L.111.3 et L.111.4 du Code de la Mutualité.

Article 30 – DÉLÉGATION DE POUVOIR DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L 221- 2 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs d'adoption des règlements, de détermination des montants, des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'Administration.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

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

Article 31 – 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 sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au Code de la Mutualité.

Toutefois, les modifications apportées aux statuts de la mutuelle, afférents aux dispositions prévues au contrat de marque Mutualia ou à la convention d'affiliation au Groupe Mutualia visés aux articles 7 et 8 des statuts de l'Union Mutualiste de Groupe Mutualia, devront être ratifiées par le Conseil d'Administration de cette dernière, sous peine d'application des dispositions prévues à l'article 12 des statuts de celle-ci.

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.

CHAPITRE II
CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 : COMPOSITION, ÉLECTION

Article 32 – COMPOSITION

La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé :

- d'administrateurs élus : de 10 à 40 administrateurs élus en application de l'article L 114-16 du Code de la mutualité.
- et éventuellement, de membres honoraires ne pouvant excéder un tiers de la totalité des membres du Conseil.

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

Article 33 – CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ ET LIMITE D'ÂGE

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

- être âgés de 18 ans révolus,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114.21 du Code de la Mutualité,
- ne pas avoir exercé de fonction de dirigeant non élu ou de salarié de la mutuelle au cours des 3 années précédant l'élection,
- ne pas appartenir à plus de 5 Conseils d'Administration de mutuelles, unions et fédérations, déduction faite de ceux détenus dans les mutuelles et unions créées en application des articles L.111.3 et L.111.4 du Code de la Mutualité.

En application de l'article L.114-22 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.

Le Conseil d'administration de la Mutuelle est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes.

Article 34 – MODALITÉS DE L'ÉLECTION

Art. 34.1 Candidatures

Les candidatures pour le Conseil d'Administration sont adressées au siège social de la Mutuelle par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception à l'attention du Président reçue quinze (15) jours au moins avant la date de l'Assemblée Générale de la Mutuelle et accompagnées d'une déclaration sur l'honneur définie au Règlement, et notamment d'un résumé de leur carrière professionnelle, d'un engagement à suivre des formations proposées par la mutuelle en lien avec l'exercice de leur mandat ainsi que d'un extrait de casier judiciaire.

Les personnes candidates, lors de l'Assemblée Générale de la Mutuelle et avant l'élection, doivent présenter aux délégués leurs fonctions actuelles ou futures, leur lieu de résidence, leur durée d'adhésion à la mutuelle et leur âge.

Les administrateurs en exercice peuvent faire acte de candidature de même que tout membre de la mutuelle.

Art. 34.2 Elections

Dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'Administration sont élus, à bulletin secret, par l'ensemble des délégués de l'Assemblée Générale de la Mutuelle selon les modalités suivantes :

- L'élection se fait au scrutin plurinominal majoritaire à un tour ;
- Sous peine de nullité du vote et sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe, chaque délégué doit désigner un nombre de candidats de chaque sexe au moins égal à 40 % ;
- Sont déclarés élus les candidats ayant obtenu le plus de voix parmi les candidats du même sexe qu'eux jusqu'à ce que 80 % des sièges à pourvoir l'ait été paritairement.
- Dans le cas où le nombre de candidats de l'un des deux sexes est inférieur à 40 % du nombre de postes à pourvoir ces candidats sont déclarés élus quel que soit le nombre de voix obtenues.
- Les sièges restants sont pourvus à la majorité relative parmi les autres candidats.
- En cas d'égalité de voix, c'est le candidat le plus jeune qui est élu.

Article 35 – DURÉE DU MANDAT DES ADMINISTRATEURS

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

Les administrateurs cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions définies à l'article 33 ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L. 114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul ;
- trois mois après une décision de justice définitive qui les a

condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

- Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Article 36 – RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu par tiers tous les 2 ans.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet du Conseil, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer le tiers d'appartenance de chacun des administrateurs élus et l'ordre dans lequel ses administrateurs sont soumis à réélection.

Article 37 – VACANCE DES POSTES D'ADMINISTRATEURS

En cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission ou toutes autres causes, telles que définies à l'article L114-16 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration procède à la cooptation d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale la plus proche.

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

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 demeureraient pas moins valables.

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

SECTION 2 : RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 38 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dans le cadre de la représentation des salariés prévue par l'article L. 114-16-2 du Code de la mutualité, deux représentants des salariés assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'administration.

Les représentants des salariés sont élus conformément aux dispositions de l'article L.114-16.2 du Code de la mutualité. Leur mandat est d'une durée de 3 ans.

En cas de vacance de poste pour décès, démission, révocation, rupture du contrat de travail, le poste est pourvu jusqu'à la fin du mandat par la personne suivante sur la liste du représentant dont le mandat est devenu vacant.

En cas de vacance de poste pour absence prolongée (congé maternité ou congé maladie de plus de 6 mois), la personne suivante sur la liste du représentant absent est nommée pour la durée de l'absence.

Article 39 – RÉUNIONS

Le Conseil d'Administration se réunit, sur convocation du Président, au moins trois (3) fois par an. Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration au moins cinq (5) jours francs avant la date de la réunion, sauf cas d'urgence.

Le Conseil d'Administration peut également inviter des personnes internes ou extérieures à la mutuelle à participer, sur des sujets déterminés, aux réunions du Conseil d'Administration avec voix consultative, en qualité de personnes qualifiées. Les dirigeants/ directeurs salariés assistent de plein droit aux réunions du Conseil d'Administration. Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration sont tenus à la confidentialité des informations données, comme telles par le Président ou les dirigeants.

Un règlement de fonctionnement du Conseil d'Administration peut être mis en place sur décision du Conseil.

Le Conseil d'Administration établit une charte des administrateurs. Chaque administrateur est tenu de la respecter à tout instant, et de la signer lors de sa prise de fonction.

Article 40 – COMMISSIONS

Dans le respect de l'objet de la mutuelle, le Conseil d'Administration peut également décider de créer, en tant que de besoin, une ou plusieurs commissions permanente(s) ou temporaire(s).

Leur composition, durée, mission et modalités de fonctionnement respectives sont définies le cas échéant dans le Règlement intérieur et adoptées par le Conseil d'Administration.

Les avis consultatifs rendus par ces commissions sont soumis au Conseil d'Administration de la mutuelle auquel revient la décision, sauf dans les matières où l'Assemblée Générale est seule compétente. Il est constitué de droit un comité d'audit.

Article 41 – DÉLIBÉRATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante. Les administrateurs sont tenus à une obligation de discrétion s'opposant à la divulgation de renseignements confidentiels.

Article 42 – DÉMISSION D'OFFICE

Les membres du Conseil d'Administration peuvent proposer à l'Assemblée Générale, conformément aux dispositions de l'article 29 des présents statuts, la révocation et le remplacement de tout administrateur absent, sans justification, à 3 séances consécutives. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale suivante.

SECTION 3 : ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 43 – COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Pour l'administration et la gestion de la mutuelle, le Conseil dispose de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par le Code de la Mutualité et les présents statuts.

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application. Le Conseil d'Administration fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées au III, de l'article L 221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le Conseil d'Administration adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L221-2 dans le respect des règles fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en matière.

Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, aux dirigeants effectifs.

Le Conseil d'Administration opère les contrôles qu'il juge nécessaires 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.

Le Conseil nomme les personnes responsables de chacune des fonctions clés visées à l'article 65 des présents statuts.

Le Conseil d'Administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'Administration l'estiment nécessaire. Le Conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant un comité spécialisé émanant de ce Conseil.

Le Conseil d'Administration approuve, sur proposition du dirigeant opérationnel, les procédures définissant les conditions selon lesquelles les responsables de ces fonctions clés peuvent informer, directement et de

leur propre initiative, le Conseil d'Administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le Conseil approuve les politiques écrites relatives, notamment, à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et, le cas échéant, à l'externalisation mentionnée au 13° de l'article L. 310-3 du code des assurances ; il les réexamine au moins une fois par an.

Le Conseil définit les cas dans lesquels les dirigeants effectifs, visés à l'article 63 des présents statuts, sont absents ou empêchés de manière à garantir la continuité de la direction effective de la mutuelle.

La mutuelle veille à ce que les politiques soient mises en œuvre.

Article 44 – NOMINATION DES DIRIGEANTS EFFECTIFS DE LA MUTUELLE

Le Conseil d'Administration procède à la nomination des dirigeants effectifs de la mutuelle, autres que le Président.

Le Conseil d'Administration nomme un ou des dirigeants effectifs(s) autre(s) que le Président et détermine alors ses (leurs) attributions.

Il fixe sa (leur) rémunération. Le Conseil d'Administration peut le/les révoquer à tout moment sur juste motif. Le(s) dirigeant(s) effectif(s) assiste(nt) à chaque réunion du Conseil d'Administration. Le(s) Directeur(s) de la mutuelle assiste(nt) aux réunions du bureau.

Le(s) dirigeant(s) effectif(s) est (sont) tenu(s) de déclarer au Conseil d'Administration, avant sa/leur nomination, les activités professionnelles et fonctions électives qu'ils ont exercés ou exercent et qu'ils entendent conserver après leur nomination.

Le(s) dirigeant(s) effectif(s), autre(s) que le Président veille(nt) à accomplir ses (leurs) missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Il(s) est (sont) tenu(s) à une obligation de réserve et de secret professionnel.

Article 45 – DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs, à l'exception de ceux qui lui sont réservés par la loi, soit au Bureau, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit aux dirigeants effectifs dans le cadre des textes législatifs et réglementaires.

Le Conseil d'Administration peut confier au Bureau les attributions suivantes :

- le recrutement du dirigeant opérationnel et du/des dirigeant(s) effectifs autre que le président, et notamment le suivi des délégations de pouvoirs,
- le recrutement des membres de l'équipe de direction, et notamment le suivi des délégations de pouvoirs,
- la gestion des affaires courantes en cas de vacance de la présidence,
- et plus généralement toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par la loi.

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

Sans préjudice de ce qui est prévu à l'article 43, le Conseil d'Administration confie au Dirigeant Effectif, Président du Conseil d'Administration notamment la mission d'ester en justice.

Sans préjudice de ce qui est prévu à l'article 43, le Conseil d'Administration peut confier à un ou plusieurs administrateurs nommément désignés le pouvoir de :

- suivre la situation financière et prudentielle de la mutuelle,
- s'assurer de la maîtrise des risques,
- suivre l'animation de la vie mutualiste et la professionnalisation (formation) des administrateurs,
- suivre les relations avec les partenaires, dans le cadre de la Présidence des Commissions visées à l'article 40.

Le Président du Conseil d'Administration, Dirigeant Effectif ou le/les administrateurs ainsi désignés agissent sous le contrôle et l'autorité du Conseil d'Administration, à qui ils doivent rendre compte des actes qu'ils ont accomplis.

SECTION 4 : STATUT DES ADMINISTRATEURS

Article 46 – GRATUITÉ DES FONCTIONS D'ADMINISTRATEUR

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites. L'Assemblée Générale peut cependant décider d'allouer des indemnités à ses administrateurs dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité.

Article 47 – REMBOURSEMENT DES FRAIS AUX ADMINISTRATEURS

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour conformément aux dispositions du code de la mutualité.

Article 48 – SITUATION ET COMPORTEMENTS INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS

Il est interdit aux administrateurs :

- de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle,
- de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, des rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114.26 du Code de la Mutualité,
- d'exercer des fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat, de passer des conventions avec la mutuelle ou toute autre organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires à la réglementation relative aux Conventions Réglementées.

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

De même, un ancien salarié de la mutuelle ne peut prétendre à une activité d'administrateur dans la mutuelle qu'après un délai de 3 ans suivant la fin de son contrat de travail.

Article 49 – OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DES DIRIGEANTS EFFECTIFS

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

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

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114.21 du Code de la Mutualité.

Article 50 – RESPONSABILITÉ

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion (article L.114.29 du Code de la Mutualité).

Article 51 – CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES

Toute convention entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeants effectifs, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

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

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur ou un dirigeant opérationnel et effectif et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité.

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

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

Article 52 - CONVENTIONS COURANTES

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou l'un de ses dirigeants effectifs sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'Administration.

La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes.

Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale dans les conditions de l'article L.114-33 du code de la mutualité.

Article 53 - CONVENTIONS INTERDITES

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

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur ou de dirigeant effectif, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Cette interdiction ne s'applique pas aux dirigeants effectifs lorsque ceux-ci sont susceptibles d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la mutuelle.

Dans tous les cas, le Conseil d'Administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs et des dirigeants effectifs.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs et dirigeants effectifs ainsi qu'à toute personne interposée.

CHAPITRE III
PRÉSIDENT ET BUREAU, COMMISSIONS, DIRECTION EFFECTIVE

SECTION 1 : ELECTION ET MISSIONS DU PRESIDENT

Article 54 – ÉLECTION

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

Le Président du Conseil d'Administration est élu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour et à la majorité relative.

En cas d'égalité de voix, le plus âgé est élu.

La durée du mandat du Président du Conseil d'Administration est de six ans et ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. La durée des mandats ne peut pas excéder 12 ans.

Chaque candidat adresse au siège social de la mutuelle une déclaration de candidature aux fonctions de Président du Conseil d'Administration au plus tard quinze (15) jours avant la date de l'élection, accompagnée d'une déclaration sur l'honneur définie à l'article 16 du Règlement intérieur, d'un résumé de leur carrière professionnelle. Les candidats, doivent avant l'élection, présenter aux Administrateurs leurs fonctions actuelles ou futures, leur lieu de résidence, leur durée d'adhésion à la mutuelle et leur âge.

Les Administrateurs en exercice peuvent faire acte de candidature.

Article 55 – VACANCE DU MANDAT DU PRÉSIDENT

En cas de décès, de démission, de révocation ou de perte de la qualité d'adhérent ou de toute cause rendant impossible l'exercice du mandat de Président du Conseil d'Administration, il est pourvu à son remplacement au prochain Conseil d'Administration. Ce Conseil est immédiatement convoqué à cet effet par les Vice-Présidents ou, à défaut par l'administrateur le plus âgé afin qu'il soit procédé à une nouvelle élection.

L'ordre du jour peut être adressé aux administrateurs moins de 5 jours avant la réunion membres du Conseil d'Administration au moins cinq (5) jours francs avant la date de la réunion, sauf cas d'urgence.

Les déclarations de candidatures, dans cette hypothèse, seront directement présentées par les candidats, le jour de l'élection. Elles devront être accompagnées d'une déclaration sur l'honneur définie à l'article 16 du Règlement intérieur, et d'un résumé de la carrière professionnelle.

Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Vice-Président le plus âgé en concertation avec les deux autres Vice- Présidents.

Article 56 – POUVOIRS ET MISSIONS DU PRÉSIDENT

Le Président du Conseil d'Administration représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle. Le Président organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Il informe, le cas échéant, le Conseil d'Administration des procédures engagées par l'Autorité de Contrôle.

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 préside l'Assemblée Générale et le Bureau.

Il donne avis au Commissaire aux Comptes de toutes les conventions autorisées et lui communique la liste et l'objet de toutes les conventions portant sur des opérations courantes.

Il engage les recettes et les dépenses. Il peut, en accord avec le Conseil d'Administration, déléguer ce pouvoir.

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

Article 57 – DÉLÉGATION DE POUVOIRS AUX DIRIGEANTS EFFECTIFS

Les dirigeants effectifs peuvent se voir déléguer par le Conseil d'Administration, dans la limite de ses attributions, des délégations de pouvoirs déterminées dans leur objet et leur durée. Le texte de ses délégations est porté au procès-verbal de la séance du Conseil d'Administration au cours duquel elles sont attribuées. Les dirigeants effectifs, autres que le Président, rendent compte de leurs missions au Conseil d'Administration.

SECTION 2 : ELECTION, COMPOSITION ET MISSIONS DU BUREAU

Article 58 – ÉLECTION

Le Bureau est composé du Président du Conseil d'Administration et du Président du Comité d'audit, ainsi que de 7 administrateurs élus par le Conseil d'Administration.

Les membres du Bureau sont élus dans la limite de la durée de leur mandat d'administrateurs.

Le Conseil d'administration élit parmi les membres du Bureau, 3 Vice-Présidents, un Trésorier Général et un Secrétaire Général.

L'élection se déroule à bulletin secret, poste par poste, au scrutin uninominal à un tour à la majorité relative, et lors de la première réunion du Conseil d'Administration qui suit son renouvellement complet ou partiel. En cas d'égalité de voix, c'est le candidat le plus jeune qui est élu

La présidence de chaque commission ou comité du Conseil d'Administration est assurée par un des membres du Bureau, à l'exception du Président du Conseil d'Administration.

Les administrateurs, candidats au mandat de membre du Bureau, présentent leur candidature dans les conditions prévues par le Règlement intérieur. Les membres du bureau sont rééligibles.

Article 59 – RÉUNIONS DU BUREAU

Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la mutuelle. La convocation est envoyée aux membres du Bureau cinq (5) jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le Bureau ne peut se réunir valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Le Bureau a pour mission :

- de préparer les instances de la mutuelle ;
- d'organiser le recrutement du directeur opérationnel de la mutuelle, des dirigeants effectifs autre que le président, des membres de l'équipe de direction, de proposer et de suivre leurs rémunérations et leurs délégations de pouvoirs et d'établir des plans de successions des dirigeants effectifs ;

Les membres du Bureau peuvent inviter toute personne interne ou externe à la mutuelle. Le Directeur Général : Dirigeant Opérationnel, le(s) Directeur(s) Général(aux) Délégué(s) : Dirigeant(s) Effectif(s) autre(s) que le Président de la mutuelle, et le(s) Directeur(s), membres de l'équipe de direction participent aux réunions du bureau.

Le président rend compte des travaux du bureau au Conseil d'Administration selon ce qu'exige la bonne administration de la mutuelle.

Article 60-1 – LE TRÉSORIER GÉNÉRAL

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. Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'Administration :

- Les comptes annuels et les documents, états tableaux qui s'y rattachent.
- Le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L.114-9 du code de la mutualité,
- Les éléments visés aux paragraphes a) c) d) et f) ainsi qu'aux deux derniers alinéas de l'article L.114-17 du code de la mutualité.
- Un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Le Trésorier Général peut être assisté dans sa mission, par le Trésorier Général Adjoint. Le Trésorier Général Adjoint supplée le Trésorier Général empêché. Les missions des autres membres du Bureau seront définies par le Conseil d'Administration autant que de besoin.

Article 60 – 2 LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Le Secrétaire Général est responsable des convocations, de la rédaction des procès-verbaux de réunions de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration. Il est responsable de la conservation des archives et de la tenue des fichiers des adhérents.

Le Secrétaire Général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au(x) dirigeant(s) effectif(s), autre(s) que le Président, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Cette délégation est renouvelable chaque année par le Conseil d'Administration.

Le Secrétaire Général peut être assisté dans sa mission par un Secrétaire Général Adjoint. En cas d'empêchement de celui-ci, il supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 61 - COMMISSIONS

Les commissions sont créées à l'initiative du Conseil d'Administration. Elles ont pour mission d'instruire des dossiers dans la limite des pouvoirs transmis par le Conseil d'Administration. Les membres sont nommés par le Conseil d'Administration. La présidence de chacune des commissions est assurée par un membre du bureau.

Article 62 - DÉLÉGATIONS TERRITORIALES

Les délégations territoriales sont créées à l'initiative du Conseil d'Administration. Elles ont notamment pour missions de renforcer le lien entre les adhérents de la mutuelle et les territoires.

Composition : Sont membres de droit à la Délégation Territoriale les administrateurs, les délégués titulaires et suppléants résidant dans le périmètre de la Délégation Territoriale. D'autres membres peuvent être admis sur décision du Conseil d'Administration.

Chaque Vice-Président de la mutuelle sera Président d'une des Délégations Territoriales.

Le mode de fonctionnement des Délégations Territoriales est précisé dans le Règlement intérieur. Les missions et budgets sont votés annuellement par le Conseil d'Administration.

SECTION 3 : DIRECTION EFFECTIVE

Article 63 – DIRIGEANTS EFFECTIFS

La direction effective de la mutuelle est assurée par :

- Le Président du Conseil d'Administration ;
- Le Dirigeant opérationnel.

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. A ce titre, le Conseil délègue le pouvoir de représenter la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

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

La nomination et le renouvellement des dirigeants effectifs sont notifiés à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution conformément à l'article L. 612-23-1 du Code monétaire et financier.

Article 64 – DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Le Conseil d'Administration de la mutuelle 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.

Avant sa nomination, la personne pressentie pour exercer les fonctions de Dirigeant opérationnel doit faire connaître au Conseil d'Administration les autres fonctions qu'elle exerce à cette date.

Le Conseil d'Administration se prononce sur la compatibilité de la poursuite de l'exercice de ces activités ou fonctions avec les fonctions de Dirigeant opérationnel. Il se prononce également sur les autres activités ou fonctions que le Dirigeant opérationnel entend exercer.

Le Conseil d'Administration approuve les éléments du contrat de travail du Dirigeant opérationnel, fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle, notamment celui de représenter la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

La rémunération du Dirigeant opérationnel ne peut d'une manière directe ou indirecte être liée au volume des cotisations 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 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 social de la mutuelle, de sa délégation de pouvoir et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément à l'Assemblée Générale, au Conseil d'Administration et au Président.

Le Dirigeant opérationnel est dénommé « Directeur Général ».

SECTION 4 : FONCTIONS CLÉS

Article 65 – FONCTIONS CLÉS

La mutuelle désigne en son sein, 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 suivantes : la fonction de gestion des risques, la fonction de vérification de la conformité, la fonction d'audit interne et la fonction actuarielle. Les personnes responsables de chacune des fonctions clés précitées sont placées sous l'autorité du Dirigeant opérationnel.

Elles exercent leurs fonctions dans les conditions définies par la mutuelle.

La nomination et le renouvellement des personnes responsables des fonctions clés sont notifiés à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution conformément à l'article L. 612-23-1 du Code monétaire et financier. »

SECTION 5 : COMPÉTENCES DES ADMINISTRATEURS, DES DIRIGEANTS ET DES RESPONSABLES DES FONCTIONS CLÉS

Article 66 – COMPÉTENCES

Les personnes appelées à diriger la mutuelle, ou à y exercer une des fonctions clés doivent posséder l'honorabilité, la compétence ainsi que l'expérience nécessaire à leur fonction, conformément aux dispositions de l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

CHAPITRE IV
ORGANISATION FINANCIÈRE DE LA MUTUELLE

SECTION 1 : RECETTES ET DÉPENSES

Article 67 – PRODUITS

Les produits de la mutuelle comprennent principalement, outre le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale,

1) Les cotisations des membres participants et des membres honoraires,

2) Les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

3) Les dons et legs mobiliers et immobiliers,

4) Les résultats des placements effectués par la Mutuelle, ainsi que ceux issus de la réassurance.

5) les loyers issus des placements immobiliers réalisés pour la Mutuelle,

6) et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi.

Article 68 – CHARGES

Les charges comprennent :

1) les diverses prestations servies aux membres participants et leurs ayants droit,

2) les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,

3) les versements faits aux unions et fédérations,

4) les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds.

5) la contribution pour frais de contrôle prévue à l'article L612-20 du code monétaire et financier et affectée au fonctionnement de l'Autorité de Contrôle des assurances et des mutuelles (ACPR),

6) plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

Article 69 – ORDONNANCEMENT ET PAIEMENT

Les dépenses de la mutuelle sont engagées par le Président ou les personnes habilitées dans les conditions prévues par les présents statuts et payées par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 56 et 57 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.

SECTION 2 : MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRES

Article 70 – PLACEMENT ET RETRAIT DES FONDS

Le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle conformément à la réglementation en vigueur et compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée Générale.

Article 71 – APPORTS ET TRANSFERTS FINANCIERS

En cas de création de mutuelle dédiée, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle créée, dans les conditions définies dans le Code de la Mutualité.

Article 72 – RÈGLES COMPTABLES ET FINANCIÈRES

La mutuelle dispose à tout moment pour l'ensemble des activités qu'elle assure, d'un niveau de marge de solvabilité calculée et constituée conformément à la réglementation en vigueur.

La mutuelle garantit, notamment par la constitution de provisions conformément à la législation en vigueur, le règlement intégral des engagements qu'elle prend à l'égard de ses membres participants ainsi que de leurs ayants droit et de ses membres honoraires.

Les opérations comptables de la mutuelle sont tenues conformément aux dispositions du code de la mutualité en vigueur.

SECTION 3 : COMITÉ D'AUDIT ET COMMISSAIRE AUX COMPTES

Article 73 – COMITÉ D'AUDIT

Le Président du Comité d'Audit est élu à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à un tour pour 2 ans par le Conseil d'Administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration. En cas d'égalité de voix, c'est le candidat le plus jeune qui est élu.

Conformément à l'article 14 de l'ordonnance n°2008-1278 du 8 décembre 2008 transposant la 8ème directive européenne, un Comité d'Audit est élu par le Conseil d'Administration, après chaque renouvellement de celui-ci, par scrutin plurinominal à la majorité des suffrages exprimés à un tour et à bulletin secret. En cas d'égalité de voix, c'est le candidat le plus jeune qui est élu.

Les candidatures sont présentées le jour du Conseil.

Il est composé de 9 membres au moins rééligibles qui n'ont pas de fonctions exécutives au sein de la mutuelle.

Un membre au moins du comité doit présenter des compétences particulières en matière financière ou comptable et être indépendant au regard de critères précisés et rendus publics par l'organe chargé de l'administration ou de la surveillance.

Article 74 – MISSIONS DU COMITÉ D'AUDIT

Le comité d'audit est chargé d'assurer le suivi :

- du processus d'élaboration de l'information financière,
- de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques,
- du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, consolidés par le commissaire aux comptes,
- de l'indépendance des commissaires aux comptes et de leur désignation.
- Un rapport annuel d'activité est présenté au Conseil d'Administration et diffusé à ses membres.

Article 75 – COMMISSAIRE(S) AUX COMPTES

En vertu de l'article L.114.38 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale nomme, sur avis conforme de l'ACPR, pour une durée de 6 exercices au plus un Commissaire aux Comptes titulaire et un Commissaire aux Comptes suppléant. Ces nominations doivent être adressées à l'ACPR dans les 15 jours suivant la décision de l'Assemblée Générale.

Le Président du Conseil d'Administration convoque le(s) Commissaire(s) aux Comptes à chaque Assemblée Générale.

Le Commissaire aux Comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'Administration et présenté à l'Assemblée Générale, détaillant les sommes et avantages de toutes natures versées à chaque administrateur,

- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'Administration,
- prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'Administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du Code de la Mutualité,
- établit et présente à l'Assemblée Générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114- 34 du Code de la Mutualité,
- fournit à la demande de l'ACPR tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- signale sans délai à l'ACPR tout fait et décision mentionnés à l'article L.612-44 du code monétaire et financier dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du Conseil d'Administration et de l'ACPR les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le code de commerce,
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

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

SECTION 4 : LE FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Article 76 – MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le montant du Fonds d'Etablissement est fixé au minimum légal.

Son montant peut être augmenté par décision de l'Assemblée Générale, sur proposition du Conseil d'Administration, selon les modalités prévues à l'article 28-I des présents statuts.

SECTION 5 : REASSURANCE

Article 77 – MODALITÉS DE LA RÉASSURANCE

La mutuelle se réserve la possibilité d'accepter ou de céder en réassurance les engagements portant sur les opérations d'assurance relevant des branches d'activité pour lesquelles elle est agréée, même auprès d'entreprises non régies par le Code de la mutualité.

SECTION 6 : ACTION SOCIALE ET FONDS SOCIAL

Article 78 – COMMISSION ACTION SOCIALE ET PRÉVENTION

MUTUALIA Alliance Santé peut décider d'actions de prévention ou de santé.

La mutuelle peut allouer à ses membres ainsi qu'à leurs ayants droit victimes de circonstances particulières telles que maladie, accident, blessures, décès, ou se trouvant en difficultés sociales ou économiques, des prestations exceptionnelles autres que celles figurant au règlement mutualiste.

Les secours sont prélevés sur un fonds spécialement créé à cet effet appelé « Fonds Social » géré au sein de la mutuelle par une commission appelée « Commission Sociale ».

SECTION 7 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 79 – ÉTENDUE DE L'INFORMATION

I– Pour les opérations individuelles :

Chaque membre participant reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, des règlements mutualistes, du Règlement intérieur. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

II– Pour les opérations collectives :

Toute modification du contrat collectif est constatée par un avenant signé des parties. L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre la notice d'information définissant les garanties prévues par les opérations collectives qui est établie par la mutuelle, ainsi que ses statuts et son Règlement intérieur. La preuve de la remise de ces documents ainsi que des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.

Article 80 – 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 conformément à l'article 29 des présents statuts et à l'article L113-4 du Code de la mutualité.

L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être membres du Conseil d'Administration. La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs et des membres du Comité d'audit.

L'Assemblée Générale conserve pour la liquidation ses attributions habituelles. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs pour l'exercice de leurs missions, approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

Lors de cette réunion, l'Assemblée Générale désigne le ou les attributaires de l'excédent de l'actif net sur le passif. Ces attributaires sont d'autres mutuelles, unions ou fédérations, le Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes mentionné à l'article L.421.1 du Code de la Mutualité ou le Fonds de Garantie mentionné à l'article L.431.1 du même Code.

Article 81 – SCISSION

La scission de la mutuelle en plusieurs mutuelles peut être décidée par l'Assemblée Générale dans les mêmes conditions que la dissolution.

Article 82 – HIÉRARCHIE DES RÈGLES APPLICABLES

Les dispositions des statuts et des règlements, les décisions des organes de la mutuelle, les clauses des contrats collectifs conclues entre la mutuelle et ses membres ne peuvent, à peine de nullité, déroger aux dispositions du Code de la Mutualité.

Article 83 – MODIFICATION DES STATUTS

La modification des statuts doit être approuvée par l'Assemblée Générale. La mutuelle accomplira les formalités déclaratives prévues au code de la mutualité.

Article 84 – LOI APPLICABLE

Les présents statuts sont pris en application du Code de la Mutualité. Toute contestation liée à l'application ou à l'interprétation des statuts et règlements relève de la loi française.

Article 85 – ACQUISITION DE RECETTES

Suivant l'article L221.11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le Titre 2 dudit Code sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a eu pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'expert suite à 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 avis de réception adressée par la mutuelle aux membres participants, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

CHAPITRE V

LE MANDATAIRE MUTUALISTE

Article 86 – DÉFINITION

Conformément à l'article L114-37-1 du Code de la Mutualité, le mandataire mutualiste est une personne physique, exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs, qui apporte à la mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel il a été désigné ou élu conformément aux statuts.

Article 87 – CONDITIONS D'EXERCICE

Les mandataires mutualistes sont désignés par le Conseil d'Administration, parmi les membres participants et les membres honoraires de la mutuelle. Le Conseil définit, lors de cette désignation, le cadre et la durée de leur mandat, ainsi que leurs fonctions.

La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle entraîne celle de mandataire mutualiste.

La Mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Toutefois, sur décision du Conseil d'Administration, leur frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent leur être remboursés, dans les mêmes limites

que celles fixées pour les administrateurs.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE MUTUALIA ALLIANCE SANTÉ

Le présent Règlement Intérieur établi par le Conseil d'Administration conformément à l'article 7 des statuts de la mutuelle a pour objet de préciser les conditions et modalités d'application des statuts.

CHAPITRE I
CHAMP D'APPLICATION TERRITORIAL DE LA MUTUELLE

Article 1 – DOMICILIATION DES MEMBRES

Les membres participants et les membres honoraires de la mutuelle doivent être domiciliés en France.

Les ayants droit de ces membres peuvent résider dans un autre département pourvu que le membre participant ou le membre honoraire du chef duquel ils sont admis réside dans la circonscription précisée au 1er alinéa du présent article.

Article 2 – CHANGEMENT DE DOMICILIATION

En cas de changement de domiciliation en dehors du territoire français, le Conseil d'Administration ou, par délégation, le Directeur de la mutuelle, décide le maintien ou non de l'adhésion du membre qui le sollicite. Dans le cas du maintien de l'adhésion du membre résidant à l'étranger, les prestations ne pourront être payées qu'en France selon les barèmes en vigueur en France dans la région du siège social, sous réserve de la prise en charge par les régimes légaux de Sécurité Sociale.

Article 3 - MEMBRES HONORAIRES (EN RÉFÉRENCE À L'ARTICLE 10 DES STATUTS)

L'attribution de la qualité de membre honoraire est subordonnée à une décision souveraine et non motivée du Conseil d'Administration.

Les membres honoraires personnes morales (entreprises, associations...) reconnus comme tels par le Conseil d'Administration sont représentés chacun par une personne physique désignée par les instances compétentes de la personne morale. La personne physique désignée par le membre honoraire ne pourra pas être également délégué élu dans le cadre des sections de vote en vertu de l'article 19 des statuts.

CHAPITRE II
LES SECTIONS DE VOTE

SECTION 1 : ORGANISATION POLITIQUE :

Article 4 - COMPOSITION DES SECTIONS DE VOTE

Les membres participants et honoraires personnes physiques visées au a) de l'article 10 des statuts de la mutuelle sont répartis en sections de vote par départements ou départements regroupés conformément à l'article 17 des statuts.

Le rattachement d'un membre participant à une section de vote au sein de département ou départements regroupés est effectué sur le département d'habitation de l'adhérent ou à défaut celui du siège social de la mutuelle.

Dans les conditions définies dans le présent règlement, les sections de vote élisent des délégués titulaires et suppléants à l'Assemblée Générale de la mutuelle.

CHAPITRE III
ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 : COMPOSITION, ÉLECTION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 5 – DÉCLENCHEMENT DU PROCESSUS ÉLECTORAL

Le Conseil d'Administration, après avoir constaté la nécessité d'organiser les élections, organise les élections des délégués en vertu de l'article 17 des statuts.

Article 6 - APPEL À CANDIDATURES

Un appel à candidatures sera inséré dans une publication destinée aux adhérents au plus tard 45 jours avant la date des élections ou à défaut par voie de presse.

Le délai de présentation des candidatures pour l'élection des délégués de sections à l'Assemblée Générale sera indiqué dans la publication prévue à l'alinéa précédent.

Article 7 - DÉCLARATION DE CANDIDATURE

Chaque candidat est tenu d'établir sa candidature et une déclaration sur l'honneur à l'aide d'un formulaire fourni par la mutuelle pour justifier de ses compétences et honorabilité.

Les modalités pratiques de l'élection et de l'appel à candidature sont fixées par un règlement électoral voté par le Conseil d'Administration de la mutuelle.

Article 8 - ÉLECTORAT ET ÉLIGIBILITÉ

Article 8-1 – ÉLECTORAT

Sont électeurs dans chaque section, les membres participants et les membres honoraires personnes physiques visées au a) de l'article 10 des statuts de la mutuelle remplissant les conditions suivantes :

- être âgé de 16 ans au moins,
- être rattaché à la section.

Article 8-2 – ÉLIGIBILITÉ

Pour être éligible comme délégué à l'Assemblée Générale dans une section, le candidat tout membre participant ou honoraire doit :

- être membre participant ou honoraire de la mutuelle,
- être âgé de 18 ans révolus,
- n'avoir encouru aucune des condamnations prévues aux articles L.5, L.6 et L.7 du Code électoral dans les délais déterminés par ces articles,
- n'avoir fait l'objet, dans les 5 années précédentes, d'aucune condamnation prononcée en application des dispositions du Code de la Mutualité, ni d'aucune condamnation à une peine contraventionnelle prononcée en application des dispositions du Code de la Sécurité Sociale,
- ne pas être salarié de la mutuelle,
- être à jour du paiement de ses cotisations.

Article 9 - DÉROULEMENT DES ÉLECTIONS

Les élections des délégués de section se déroulent à bulletin secret au scrutin plurinominal majoritaire à un tour. Le vote a lieu sous la même forme et au même moment.

Conformément à l'article 19 des statuts, chaque section départementale ou pluri-départementales élit des délégués, à raison d'un délégué jusqu'à 1200 membres participants et d'un délégué par tranche de 1200 membres participants au-delà.

Le nombre de délégués titulaires à élire est fixé sur la base des effectifs des membres participants et honoraires enregistrés par la section au 1er janvier de l'année en cours (N), sous condition d'une ancienneté d'adhésion d'un (1) an minimum.

Une fois connus les effectifs des membres participants et honoraires au 1er janvier de l'année en cours (N) et selon les conditions ci-dessus, le Conseil d'Administration arrête définitivement le nombre de délégués titulaires à élire dans chaque section.

Un règlement électoral est établi par le Conseil d'Administration définissant l'organisation des élections.

Le Conseil d'Administration est responsable de l'organisation des élections.
Il doit plus spécialement :

- informer les adhérents de la date et du calendrier des élections 45 jours au moins à l'avance,
- recevoir les candidatures et vérifier l'éligibilité des candidats, - présenter les candidatures,
- organiser matériellement le vote (calendrier des élections, affichage, tableaux, bulletins de vote, urnes, enveloppes) et/ou éventuellement déléguer tout ou partie du processus électoral.

Il peut être constitué à l'initiative du Conseil d'Administration, une commission électorale en charge de l'organisation des élections et de l'élaboration d'un règlement électoral. La commission devra rendre compte devant le Conseil d'Administration de l'organisation des élections.

Les résultats du vote sont portés à la connaissance des membres par la lettre d'information de la mutuelle et par tout moyen décidé par le Conseil d'Administration.

SECTION 2 : RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 10 - VOTE PAR PROCURATION

En application de l'article 21 des statuts, les membres de l'Assemblée Générale qui votent par procuration doivent signer la procuration et indiquer leurs noms, prénom usuel et domicile ainsi que les noms, prénom usuel et domicile de leur mandataire.

Ils doivent adresser la procuration à leur mandataire. Le ou la mandataire doit être membre de l'Assemblée Générale de la mutuelle.

Un formulaire de vote par procuration est joint à la convocation.

CHAPITRE IV
CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 : ÉLECTION

Article 11 – APPEL À CANDIDATURES

Sous réserve des dispositions statutaires et dans le respect des dispositions légales et règlementaires, les administrateurs de la mutuelle sont élus à bulletin secret par les membres de l'Assemblée Générale parmi les membres participants âgés de 18 ans révolus et les membres honoraires à jour de leurs cotisations au jour du scrutin. Les membres participants représentent au moins les 2/3 du Conseil d'Administration.

Tout membre de la mutuelle, sous réserve des dispositions de l'article 32 des statuts, peut faire acte de candidature aux fonctions d'administrateur.

Article 12 – DÉCLARATION DE CANDIDATURE ET MODALITÉS DU SCRUTIN

Conformément à l'article 34 des statuts, les candidatures à l'élection des administrateurs sont déposées par écrit auprès du Président du Conseil d'Administration de la mutuelle, au plus tard quinze jours avant l'élection, accompagnées de l'information que doit fournir chaque candidat sur l'état de ses engagements professionnels et électifs et d'un extrait de casier judiciaire – bulletin n° 3, ainsi qu'une déclaration sur l'honneur.

La déclaration sur l'honneur est réalisée à l'aide d'un formulaire fourni par la mutuelle, qui mentionne notamment l'acceptation de participer à des séances de formation.

Les candidatures au Conseil d'Administration sont portées à la connaissance des délégués au cours de l'Assemblée Générale.

Chaque candidat peut faire imprimer par la mutuelle et remettre aux délégués, en séance, une profession de foi n'excédant pas une page de format A4. Dans ce cas, le texte de la profession de foi doit être remis à la mutuelle en même temps que la candidature.

Chaque candidat peut aussi disposer d'un temps de parole de 5 minutes pour se présenter et exposer devant l'Assemblée les raisons de sa candidature et ses principaux engagements.

Les bulletins de vote sont fournis et imprimés par la mutuelle, de manière identique, sans aucun signe distinctif. Le bureau de vote, installé par la mutuelle dans le lieu où se déroule l'Assemblée, est présidée par un délégué non candidat au poste d'administrateur, assisté de deux assesseurs choisis parmi les participants à l'exception des candidats.

Pour établir la régularité des opérations de vote, la mutuelle se réserve le droit de requérir le ministère d'un huissier de justice.

Les résultats sont immédiatement proclamés et les noms des administrateurs nouvellement élus portés à la connaissance des membres à l'initiative de la mutuelle.

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu par tiers tous les 2 ans. Cependant, conformément à l'article L.114-9, les administrateurs peuvent être révoqués à tout moment par décision de l'Assemblée Générale.

Article 12 bis – COMPOSITION

La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé selon l'article 32 des statuts.

Le Conseil d'administration peut éventuellement inviter des personnes, à titre uniquement « consultatif ».

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

SECTION 2 : RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU BUREAU

Article 13 – RÉUNIONS

Selon l'Article L114-20, modifié par la LOI n° 2014-1545 du 20 décembre 2014 – art. 25 :
Sauf, lorsque le Conseil d'Administration est réuni pour procéder aux opérations mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 114-17 et sauf disposition contraire des statuts, le Règlement intérieur peut prévoir que sont réputés présents les administrateurs qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Les statuts peuvent ou pourront limiter la nature des décisions pouvant être prises lors d'une réunion tenue dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du présent article et prévoir un droit d'opposition au profit d'un nombre déterminé d'administrateurs.

SECTION 3 : DÉLÉGATIONS TERRITORIALES ET COMMISSIONS

Article 14 - LES DÉLÉGATIONS TERRITORIALES

Les délégations territoriales, dépourvues de personnalité juridique, sont une représentation de la mutuelle.

Le Conseil d'Administration détermine le nombre, l'étendue géographique des délégations territoriales.

Sont membres de droit aux délégations territoriales :

- les administrateurs résidant dans le périmètre du Territoire,
- les délégués titulaires et suppléants résidant dans le périmètre du Territoire,

D'autres membres peuvent être admis aux délégations territoriales sur décision du Conseil d'Administration. Chaque délégation territoriale est présidée par un Vice-Président du Conseil d'Administration de la mutuelle.

Conformément aux statuts, la délégation territoriale reçoit délégation du Conseil d'Administration pour mettre en œuvre au plan local des actions dans les domaines suivants :

- Communication/Information/Développement de la notoriété de la mutuelle,
- Santé/Prévention : actions d'éducation sanitaire, aides diverses en matière Sanitaire et Sociale,
- la politique déterminée par le Conseil d'Administration en matière de vie mutualiste,
- la politique déterminée par le Conseil d'Administration en matière de développement.

Le regroupement de plusieurs délégations territoriales peut être organisé afin de mieux remplir les objectifs décidés par le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration de la mutuelle détermine les moyens financiers qu'il entend mettre à la disposition des délégations et fixe le cadre de leur intervention, suivant une charte qui définira les modalités, à valider chaque année.

Les délégations territoriales rendent compte régulièrement de leur action devant le Conseil d'Administration de la mutuelle et le cas échéant devant l'Assemblée Générale.

Article 15 – COMMISSIONS

Conformément à l'article 40 des statuts, des Commissions permanentes ou temporaires peuvent être constituées par le Conseil d'Administration.

La présidence des commissions est confiée à un administrateur membre du bureau.

Les Commissions préparent les travaux du Conseil d'Administration. Elles analysent en amont les dossiers à débattre en Conseil d'Administration qui comportent des éléments techniques importants et identifient les enjeux stratégiques et politiques. Elles préparent une synthèse à présenter en Conseil d'Administration et font état le cas échéant de propositions et d'avis. Elles ne sont en aucun cas décisionnaires.

Les Commissions sont composées d'administrateurs. Les Directeurs de la mutuelle peuvent participer aux réunions des commissions.

La Mutuelle est composée des Commissions suivantes :

- Commission Sociale et Prévention
- Commission Finances, Placements et Budget
- Commission Tarifaire
- Commission Vie Institutionnelle et Communication

CHAPITRE V
CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FONCTIONNEMENT

Article 16 – ÉLECTION DU PRÉSIDENT

En complément de l'article 54 des statuts, la déclaration sur l'honneur est réalisée à l'aide d'un formulaire fourni par la mutuelle, qui mentionne notamment l'acceptation de participer à des séances de formation.

Article 17 : ÉLECTION DU BUREAU

Les candidatures aux postes de membres du bureau sont adressées au siège social de la mutuelle, 10 jours au plus tard avant la date de l'élection.

Article 18– ORGANISATION FINANCIÈRE DE LA MUTUELLE

Un budget est présenté annuellement au Conseil d'Administration.

Article 19 – DÉLÉGATION DE SIGNATURE

En application de l'article 57 des statuts, les délégations font l'objet d'un document écrit annexé à la décision du Conseil d'Administration.

Article 20 – INDEMNISATION DES ADMINISTRATEURS

En complément des articles 46, 47 et 48 des statuts, l'Assemblée Générale peut décider d'allouer une indemnité au Président du Conseil d'Administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées. Les cas et conditions de cette indemnisation, notamment le seuil d'activité à partir duquel elle peut être allouée, sont définis par décret en Conseil d'Etat.

L'organisme rembourse à l'employeur les rémunérations maintenues, pour permettre aux administrateurs salariés d'exercer leurs fonctions pendant le temps de travail, ainsi que les avantages et les charges y afférents.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ont droit à des indemnités correspondant à la perte de leurs gains, dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article 21 – ATTRIBUTION PERMANENTE

Celle-ci implique que l'administrateur ait une fonction permanente en dehors de sa seule qualité d'administrateur au sein de la mutuelle. Il s'agit de missions particulières attribuées statutairement ou sur délibération du Conseil d'Administration. Ces missions supposent une charge de présence et/ou de travail suffisamment stable et traduit dans les faits pour répondre à la notion de permanence.

Article 22 – OBLIGATION

Cette charge doit être vérifiée et contrôlée au travers du compte rendu annuel d'activité qui doit être annexé au rapport de gestion du Conseil d'Administration à l'Assemblée Générale et faire l'objet du rapport distinct du commissaire aux comptes. Chacune des personnes bénéficiant d'une indemnité présente au Conseil d'Administration de l'organisme un compte rendu annuel des activités qu'elle exerce et du temps passé au service de la mutuelle.

Ce compte rendu est annexé au rapport prévu au (c) de l'article L. 114-17 du code de la mutualité.

Article 23 – TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Toute réclamation d'un adhérent, relative au fonctionnement de la mutuelle, est adressée au siège social de la mutuelle, laquelle sera traitée selon la procédure formalisée au sein de la mutuelle. Il est obligatoirement fait réponse, par écrit, à l'adhérent.

Mutualia

Entre nous, c'est humain

Mutualia Alliance Santé

Siège social : 14 rue des Rosati - 62000 ARRAS– www.mutualia.fr

Mutualia Alliance Santé, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 403 596 265

1123_0623_Statuts_RI_MAS_2023

IMPRIM'VERT® PEFC **10-31-1118 / Certifié PEFC** / Ce produit est issu de forêts gérées durablement et de sources contrôlées. / pefc-france.org

PROSPECTUS BAC DE TRI

Pour nos opérations de gestion, nos frais sont les suivants :

- Pour un avenant : **10 €**
- Pour un rejet de prélèvement bancaire : **10 €**
- Pour le relevé des prestations avec le paiement mensuel par virement automatique : **0 €**
- Pour la réouverture d'un contrat après radiation : **10 €**
- Pour une mise en demeure pour non paiement : **25 €**
- Pour le relevé des prestations avec le paiement par chèque : **0,76 €/chèque**

Ce barème est susceptible d'évoluer. Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace Assuré APRIL.



Réf. 50569 - 10/2026 – L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Santé Prévoyance présents dans le document, sont déposés et sont la propriété d'APRIL Santé Prévoyance S.A.S.U. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.

apri Santé Prévoyance

12 rue Juliette Récamier
CS15555
69452 LYON Cedex 06

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest CS 92459
75436 PARIS cedex 09.
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance co-conçu et assuré par Mutualia Alliance Santé.

apri
L'ASSURANCE EN PLUS FACILE