Les Ménages Prévoyants

DOCUMENTS REGLEMENTAIRES PARTICULIERS

- Statuts
- Règlement mutualiste
- Garanties santé
- Notice assistance

STATUTS MUTUELLE LMP

Modifiés en assemblée générale du 10/12/2021

DÉNOMINATION, OBJET, COMPOSITION ET RUPTURE

DÉNOMINATION ET OBJET

ARTICLE LIMINAIRE

Les présents statuts sont établis en vertu des dispositions du Code de la Mutualité et de toutes les réglementations afférentes. Ils abrogent, de plein droit, les précédents statuts de la Mutuelle « LES MENAGES PREVOYANTS ».

ARTICLE 1 - DÉNOMINATION

Il est constitué une mutuelle interprofessionnelle dénommée MUTUELLE « LES MENAGES PREVOYANTS » fondée à Versailles le 26 mars 1854. La mutuelle est une personne morale de droit privé, à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 785 151 689. Elle est agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour assurer les opérations relevant des branches d'activité 1 « Accidents », 2 « Maladie », 20 « Vie, décès » et 21 « Nuptialité, natalité » définies à l'article R.211-2 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 2 - SIÈGE SOCIAL

La Mutuelle établit son siège à Versailles, 7-11, rue Albert Sarraut. Ledit siège peut être transféré en tout autre lieu, par décision de l'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration.

ARTICLE 3 - OBJET

La Mutuelle « LES MENAGES PREVOYANTS » a pour objet principal de mener des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans l'intérêt de ses membres ou de leurs familles en vue d'assurer notamment la prévention des risques sociaux liés à la personne, la réparation de leurs conséquences et de favoriser leur développement moral, intellectuel et physique et améliorer leurs conditions de vie. Les modalités de fonctionnement sont décrites dans les règlements mutualistes, les contrats collectifs (composés de conditions générales et particulières), les notices d'information et dans la charte de la gouvernance de la Mutuelle.

La Mutuelle a pour objet principal :

A : de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie conformément aux dispositions de l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

Elle peut, par ailleurs :

B : contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés;

C : accepter en réassurance les engagements relevant des branches d'activité pour lesquelles elle est agréée ou se substituer aux Mutuelles ou Unions « substituées » qui en font la demande, dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du Code de la Mutualité ;

D : mettre en œuvre au profit de ses membres et de leurs ayants droit, des actions de prévention, d'assistance, de protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées, gérer des réalisations sanitaires et sociales à destination de ses membres et de leurs ayants droit, accessoires aux opérations d'assurance qu'elle propose;

E : gérer un fonds de secours ayant pour objet d'attribuer des aides ponctuelles à certains de ses membres participants ou de leurs ayants droit. Le fonctionnement, les modalités de financement de ce fonds de secours et les conditions d'attribution des aides sont décrites dans la charte de fonctionnement de la commission de participation exceptionnelle ;

F : encourager au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et améliorer leurs conditions de vie.

G : créer et gérer au profit de ses membres et de leurs ayants droit, des prestations et services sanitaires, sociaux, juridiques et financiers dans le cadre d'un partenariat ou d'une sous-traitance ;

H : présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, sous réserve que la Mutuelle continue de pratiquer à titre principal les activités conformes à son objet social.

Les activités décrites aux alinéas G et H, sont développées par une personne morale distincte de la Mutuelle proprement dite, comme il est dit à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance pour la promotion ou la diffusion de ses propres formules et produits. Elle peut réaliser, dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité, toutes opérations qui sont compatibles avec cet objet, s'y rapportant ou contribuant à sa réalisation.

ARTICLE 4 - GOUVERNANCE

Article 4.1 Système de gouvernance

Dans le respect des conditions définies par les lois et règlements en vigueur, la Mutuelle met en œuvre un système de gouvernance garantissant une gestion saine et prudente de son activité faisant l'objet d'un examen interne régulier. Ce système de gouvernance repose sur une séparation claire des responsabilités et comprend un dispositif efficace de transmission des informations. Il est proportionné à la nature, à l'ampleur et à la complexité des opérations de la mutuelle. Ce système de gouvernance comprend les 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.

Article 4.2 Charte de la gouvernance

Le conseil d'administration adopte la charte de gouvernance qui reprend notamment de manière plus exhaustive que les présents statuts les modalités d'élection des administrateurs, leur rôle, les exigences de formation qui s'appliquent à eux. Elle précise également la composition du conseil d'administration et le déroulement de ses séances. Enfin, elle s'intéresse au bureau et à chacune des commissions mises en place afin d'en définir le rôle.

ARTICLE 5 - CONTRAT D'ADHÉSION MUTUALISTE

Le « contrat d'adhésion mutualiste » est constitué par l'ensemble des documents remis à l'adhérent lors de son adhésion - statuts, règlement mutualiste ou contrats collectifs et notices d'information, et bulletin d'adhésion - comportant le contrat mutualiste proprement dit, signé par l'adhérent ou l'employeur de manière manuscrite ou par voie électronique sécurisée. Le « Contrat mutualiste » prend la forme d'un règlement mutualiste pour les opérations individuelles et d'un règlement mutualiste ou d'un contrat collectif pour les opérations collectives.

Article 5.1 Règlements mutualistes (opérations individuelles)

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, un ou des règlements mutualistes adoptés par le conseil d'administration définissent le contenu et la durée des engagements existants entre les membres participants et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 5.2 Règlements ou contrats collectifs (opérations collectives)

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives peuvent faire l'objet d'un règlement mutualiste auquel adhère l'employeur ou la personne morale, ou d'un contrat collectif composé des conditions générales et particulières et de la notice d'information qu'ils souscrivent auprès de la mutuelle.

Article 5.3 Modification des règlements mutualistes et des contrats collectifs

Concernant les opérations individuelles ou collectives régies par un règlement mutualiste, le conseil d'administration peut apporter aux règlements les modifications qu'il estime nécessaires. Les modifications sont opposables aux membres participants dès leur notification.

En revanche, les modifications des contrats collectifs doivent être constatées dans un avenant signé par les parties.

ARTICLE 6 - PHILOSOPHIE

La Mutuelle s'interdit toute action, communication ou prise de position ayant une nature politique, syndicale, religieuse, raciale ou sexiste et toute forme de discrimination sur ces mêmes fondements.

ARTICLE 7 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées par la Mutuelle agissant en qualité de responsable de traitement dans le cadre de la passation et de la gestion de l'adhésion du membre participant à un contrat ou règlement mutualiste, de l'exécution d'opérations techniques nécessaires à la mise en œuvre des garanties et des prestations, de la gestion des réclamations et du contentieux, de l'organisation d'actions de prévention, de l'élaboration d'enquête et de gestion de la satisfaction, du contrôle interne, des actions commerciales, de la lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et plus généralement à des fins d'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Aucune information recueillie ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Tout membre participant et ayant droit dispose d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données personnelles le concernant, sous réserve que la Mutuelle puisse continuer à gérer ses cotisations et prestations.

Sous la même réserve, il a également la possibilité de s'opposer ou de demander une limitation du traitement de ses données. L'ensemble de ces droits peut être exercé par email à dpo@mutuellelmp.fr ou par courrier au délégué à la protection des données de la Mutuelle Les Ménages Prévoyants – 7/11, rue Albert Sarraut 78000 Versailles.

Pour disposer d'informations plus complètes sur les fondements légaux des traitements, les destinataires des données, les durées de conservation, ainsi que toutes autres informations sur leurs droits, les membres participants peuvent consulter la rubrique « Données personnelles » sur le site internet de la Mutuelle. S'ils estiment, après avoir contacté la Mutuelle, que leurs droits informatique et libertés ne sont pas respectés, ils peuvent adresser une réclamation à la CNIL.

CONDITIONS D'ADHESION

ARTICLE 8 - LES MEMBRES

Article 8.1 Définition des membres participants

La Mutuelle se compose exclusivement de membres participants, désignés par « les membres » dans ce qui suit. Les membres sont des personnes physiques qui adhèrent à la Mutuelle à titre individuel ou dans un cadre collectif, et qui règlent ou pour lesquelles est réglée une cotisation, et qui bénéficient pour elles-mêmes et, le cas échéant, pour leurs ayants droit, des prestations de la Mutuelle.

Les enfants seuls de plus de 16 ans peuvent être membres participants dès l'instant où ils sont immatriculés à la sécurité sociale. Dès lors qu'ils en font la demande non équivoque, l'intervention du représentant légal n'est pas nécessaire.

La Mutuelle s'interdit notamment de subordonner l'adhésion à des critères d'âge ou d'état de santé, mais elle se réserve toutefois le droit de mettre en place, dans certains de ses règlements mutualistes non responsables, des périodes de stage ou de carence pour le bénéfice de certaines prestations. La Mutuelle peut également définir ses cotisations en fonction de l'âge des membres et/ou de leurs ayants droit.

Article 8.2 Définition des ayants-droit

Les ayants droit des membres qui bénéficient comme tels des prestations de la Mutuelle sont les personnes physiques mentionnées sur le bulletin d'adhésion et, le cas échéant, ses avenants modificatifs. Peuvent être considérés comme ayant droit d'un membre participant, notamment son conjoint, partenaire de PACS, concubin, ou ses enfants, tels que définis par le règlement mutualiste ou le contrat collectif.

ARTICLE 9 - ADHÉSION INDIVIDUELLE

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion par la signature d'un bulletin d'adhésion.

L'adhésion à la Mutuelle et/ou les avenants modificatifs prennent effet, sous réserve des droits de renonciation le cas échéant applicables, à la date librement fixée par le membre participant, sur son bulletin d'adhésion, et au plus tôt à la date de signature du bulletin d'adhésion.
L'adhésion des membres participants et l'affiliation des ayants-droit à l'une des formules proposées par la Mutuelle ou en cas de changement de formule, est obligatoire pour une durée minimale d'une année renouvelable par tacite reconduction pour une nouvelle période annuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des présents statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.
Toutes modifications ultérieures décidées par le conseil d'administration sont portées à la connaissance des membres par une lettre d'information précisant les adaptations apportées. Elles sont applicables dès leur notification aux membres participants.
Les modifications du montant des cotisations décidées unilatéralement par la Mutuelle interviennent généralement à l'échéance annuelle de la reconduction de l'adhésion. Elles peuvent intervenir à tout moment en réponse à une demande de modifications des garanties, en cas de modifications des prestations du régime de base ou à des fins de mise en conformité avec les textes législatifs ou règlementaires.

ARTICLE 10 - ADHÉSION COLLECTIVE
Acquièrent également la qualité de membre participant de la Mutuelle, les personnes qui signent un bulletin d'adhésion dans le cadre d'une opération collective résultant de la conclusion d'un contrat collectif entre la Mutuelle et un employeur, ou toute autre personne morale ou de l'adhésion par ces derniers à un règlement mutualiste. Le contrat collectif conclu entre l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle ou le règlement mutualiste peuvent être à adhésion obligatoire ou facultative. Ils déterminent les droits et obligations régissant les rapports entre la Mutuelle, le souscripteur et les membres participants. Les adhésions collectives visées au présent article, sont soumises aux lois et règlements en vigueur, lors de la signature ou du dénouement des contrats et conventions.
Les modifications du règlement mutualiste s'imposent au souscripteur et aux membres dès leur notification.
Toute modification du contrat collectif doit être constatée par un avenant signé des parties. Toutefois, en cas de modification visant à mettre en conformité le contrat collectif avec les règles relatives au contrat responsable, la Mutuelle informe par écrit l'employeur ou la personne morale des modifications. En l'absence de refus écrit de la part de l'employeur ou de la personne morale souscriptrice dans un délai de trente jours à compter de cette information, les modifications sont réputées acceptées.

RUPTURE DU « CONTRAT MUTUALISTE »

ARTICLE 11 - DÉMISSION, RÉSILIATION
Le membre participant pour les opérations individuelles ou collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives et la Mutuelle peuvent mettre fin à leur adhésion ou résilier le contrat collectif dans les conditions prévues par les règlements mutualistes ou les contrats collectifs. Le choix de ne plus être membre participant et de renoncer à la totalité des prestations servies par la Mutuelle entraîne la démission de la Mutuelle et la perte de sa qualité de membre participant dans les conditions et formes prévues aux règlements mutualistes ou au contrat collectif. La Mutuelle peut résilier dans les mêmes conditions les adhésions collectives à caractère obligatoire, sauf stipulation particulière incluse dans la convention d'adhésion.

ARTICLE 12 - RADIATION, EXCLUSION
Article 12.1 Radiation
La radiation est la conséquence administrative de la démission, de la résiliation, de la fin du contrat ou plus généralement de la cessation du respect des conditions d'adhésion. Elle consiste, à prendre acte, sur les registres de la Mutuelle, de la perte de la qualité de membre participant. Elle intervient à l'initiative de la Mutuelle. La radiation qui intervient à la suite du décès de l'adhérent ouvre droit, à tout ayant droit qui le souhaite, à une continuité de couverture dans les conditions prévues par le règlement mutualiste ou le contrat collectif.
Article 12.2 Exclusion
L'exclusion peut être prononcée à l'encontre des membres qui, de manière intentionnelle, par leur attitude ou leur conduite, portent atteinte aux intérêts de la Mutuelle, causant à celle-ci un préjudice moral ou financier. Il en est de même pour les membres participants dont l'adhésion est frappée de nullité, pour avoir notamment, de mauvaise foi, ou intentionnellement fait des déclarations inexactes, omis de communiquer des informations ou présenté des documents falsifiés aux fins de percevoir indûment des prestations, conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité. Le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué par lettre recommandée avec avis de réception devant le conseil d'administration ou ses représentants, pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas à une première convocation, une seconde lui est adressée par courrier recommandé. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée sans autre formalité. L'exclusion est prononcée par le conseil d'administration lors d'une réunion ultérieure, à laquelle le membre ne participe pas.
Article 12.3 Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion
La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées pour la période garantie et ne font pas obstacle au recouvrement des sommes qui seraient éventuellement dues à la Mutuelle.
Aucune prestation ne peut être servie après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies. En aucun cas, le membre exclu ne peut à nouveau adhérer à la Mutuelle.

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE
ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 13 - COMPOSITION
L'Assemblée Générale est constituée de délégués élus par une section de vote nationale en conformité avec les dispositions de l'article L.114-6 du Code de la Mutualité, parmi les membres participants de la Mutuelle. La qualité de délégué n'est pas incompatible avec celle de salarié de la Mutuelle.

ARTICLE 14 - ELECTION ET MANDAT DES DÉLÉGUÉS
Les membres élisent parmi eux les délégués à l'assemblée générale de la Mutuelle.
Les membres sont informés des élections à venir par tout moyen ainsi que des délais et des modalités de présentation des candidatures. Les candidatures sont accompagnées d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation et sont adressées à la Mutuelle au moins trente jours avant le commencement des élections. La Mutuelle établit la liste des délégués au vote 3 semaines avant. Une fois les candidatures recueillies et validées par le conseil d'administration, une liste de candidats est retenue et est adressée aux membres qui peuvent voter par correspondance ou par vote électronique. Les délégués sont alors élus pour 6 ans, à bulletin secret, par correspondance ou par vote électronique, au scrutin majoritaire à un tour. Les délégués sont rééligibles. En cas d'égalité de suffrages entre plusieurs candidats à la fonction de délégué, l'élection est acquise au plus jeune.

ARTICLE 15 - NOMBRE DE DÉLÉGUÉS
Dans le cadre de la section de vote, les membres participants de la Mutuelle élisent un délégué par tranche de 1000 membres et lorsque la dernière tranche n'atteint pas 1000 membres, un délégué est élu si à la date de l'élection, elle atteint 500 membres. Par exemple :
- 44 499 membres participants : 44 délégués ;
- 44 500 membres participants : 45 délégués.
Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

ARTICLE 16 - VACANCE - EMPÊCHEMENT
Article 16.1 Vacance
Les candidats n'ayant pas obtenu les suffrages suffisants pour être élus délégués constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité, au candidat dont l'adhésion à la mutuelle est la plus ancienne.
En cas de vacance en cours de mandat notamment par décès, démission, radiation ou exclusion, le délégué élu est remplacé par le délégué suppléant ayant recueilli le plus de voix, selon l'ordre de suppléance défini ci-dessus. Le mandat du délégué suppléant se poursuit jusqu'au terme prévu du mandat du délégué à qui il a succédé. Il est rééligible.
Article 16.2 Empêchement - vote par procuration
En cas d'empêchement d'un délégué lors d'une assemblée générale, celui-ci peut, conformément à l'article L.114-13 du Code de la Mutualité, voter par procuration en donnant pouvoir pour être représenté par un délégué de son choix sans que celui-ci puisse détenir plus de deux pouvoirs. Le pouvoir donné par le délégué empêché n'est valable que pour l'assemblée générale concernée réunie sur une première ou une seconde convocation.
Le conseil d'administration peut décider lors de la convocation de l'assemblée générale, de l'organisation d'un vote par correspondance, dans des conditions permettant de respecter le secret du vote, la sincérité du scrutin et d'en garantir la sécurité.

ARTICLE 17 - CONVOCATIONS
Le Président du conseil d'administration convoque, au moins une fois par an, l'assemblée générale ordinaire.
L'assemblée générale peut également être convoquée par :
- la majorité des administrateurs composant le conseil d'administration ;
- l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou sur demande d'un membre participant ;
- les commissaires aux comptes ;
- un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
- les liquidateurs.

À défaut d'une telle convocation, le président du tribunal judiciaire, statuant en référé, peut à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer l'assemblée générale ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 18 - MODALITÉS DE CONVOCATION
La convocation à l'assemblée générale s'effectue par courrier simple ou en cas d'acceptation par le membre participant, par courrier électronique, au moins 20 jours avant la date de sa réunion. Cette convocation indique la dénomination sociale de la Mutuelle, l'adresse du siège social, la date, l'heure, le lieu de la tenue de l'assemblée générale, l'ordre du jour ainsi que les règles de quorum et de majorité applicables aux délibérations correspondantes. Lorsque le conseil d'administration décide de la possibilité de recourir au vote par correspondance pour les délégués, la convocation indique également les conditions dans lesquelles cette faculté peut être exercée et les lieux et conditions dans lesquels les délégués peuvent obtenir les formulaires nécessaires et les documents qui y sont annexés.
Les délégués reçoivent également conjointement ou par pli séparé avant l'assemblée générale, les documents ou rapports en lien avec l'ordre du jour.
Lorsqu'une assemblée n'a pu délibérer régulièrement, faute de quorum requis, la seconde assemblée est convoquée au moins 6 jours avant la date de sa réunion.

ARTICLE 19 - ORDRE DU JOUR
L'ordre du jour de l'assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, conformément à l'article D.114-6 du Code de la Mutualité, les délégués peuvent demander l'inscription à l'ordre du jour de toute question ou projet de résolution dans les conditions suivantes :
- la demande doit être présentée par le quart des délégués ;
- la demande doit être adressée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, à l'attention du Président du conseil d'administration, cinq jours au moins avant la date de la réunion de l'assemblée générale.

L'assemblée générale ne peut valablement délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour. Toutefois, en toutes circonstances, l'assemblée générale est habilitée à révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration, à procéder à leur remplacement et, à prendre toute mesure visant à assurer l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles fixées par le Code de la Mutualité. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale qui est porté à l'adoption de l'assemblée générale suivante.

ARTICLE 20 - COMPÉTENCES
L'assemblée générale procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation, dans les formes et conditions décrites à l'article 26-1.
L'assemblée générale se prononce également sur :
1. la modification des statuts, et notamment le montant du fonds d'établissement ;
2. les activités exercées ;
3. le cas échéant, le montant des droits d'adhésion, lequel ne peut varier que dans des limites fixées par décret ;
4. l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la mutuelle ou de l'union, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité ;
5. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
6. l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité ;
7. le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
8. le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
9. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice établis

conformément à l'article L.212-7 du Code de la Mutualité ainsi que sur le rapport de gestion du groupe établi conformément à l'article L.114-17 du même code ;

10. le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité ;
11. le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du Code de la Mutualité ;
12. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité ;
13. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité et les principes généraux en matière de réassurance ;
14. et toute question relevant de sa compétence, par application des textes législatifs et réglementaires en vigueur.

L'assemblée générale décide également :

- de la nomination du ou des commissaires aux comptes,
- de la dévolution de l'excédent d'actif net disponible en cas de dissolution,
- des apports en numéraire et en industrie faits aux mutuelles et unions créées.

ARTICLE 21 - QUORUM ET MAJORITÉ RENFORCÉS

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives et individuelles, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique, est au moins égal à la moitié du total des délégués. À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Celle-ci ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés représente au moins le quart du total des délégués. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

ARTICLE 22 - QUORUM ET MAJORITÉ SIMPLE

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées à l'article 21, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique est au moins égal au quart du total des délégués. À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Celle-ci délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

ARTICLE 23 - FORCE EXÉCUTOIRE DES DELIBERATIONS

Les décisions régulièrement prises en assemblée générale s'imposent à tous les membres de la Mutuelle dès leur notification, sous réserve de leur conformité aux dispositions du Code de la Mutualité et à l'objet de la Mutuelle.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 24 - COMPOSITION ET ÉLIGIBILITÉ

Article 24.1 Composition

La Mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 21 administrateurs maximum élus par les membres de l'assemblée générale dans le respect de l'article L.114-16 du Code de la Mutualité. Le nombre de membres du conseil d'administration ne peut toutefois être inférieur à 10.

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

Le conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes en respectant une proportion d'administrateurs de chaque sexe ne pouvant être inférieure à 40% de la totalité des membres.

Article 24.2 Éligibilité et candidatures

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

- être âgés de 18 ans révolus ;
- ne pas avoir exercé de fonctions salariées au sein de la Mutuelle au cours des 3 années précédant l'élection ;
- ne pas avoir fait ni devoir faire l'objet d'une condamnation visée à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité dans les conditions définies par ce texte ;
- disposer de compétences appropriées à l'exercice des responsabilités dévolues au conseil d'administration selon les termes de l'article R.114-9 du Code de la Mutualité.

Le nombre de membres du conseil d'administration âgés de plus de 70 ans révolus ne peut excéder un tiers du total des membres. Le dépassement du seuil ainsi fixé entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Les candidatures sont accompagnées d'une lettre de motivation, d'un curriculum vitae et d'une déclaration d'honorabilité accompagnée d'un extrait de casier judiciaire de moins de 3 moins (bulletin n°3).

Le conseil d'administration, lors de l'appel à candidatures :

- détermine le nombre d'administrateurs femmes et hommes requis pour respecter la proportion définie par la loi,
- vérifie que les candidatures respectent les conditions d'éligibilité,
- présente les candidatures retenues, en explicitant le nombre minimum de candidats de chaque sexe à élire,

Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la Mutuelle, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception, ou dépôt contre récépissé, 30 jours francs au moins avant la date de l'assemblée générale.

ARTICLE 25 - ELECTION

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du conseil d'administration sont élus par l'assemblée générale, au scrutin secret uninominal à un tour. Sont déclarés élus les candidats ayant recueilli le plus de suffrages. En cas d'égalité de suffrages, la priorité dans l'ordre d'élection est accordée au membre ayant la plus grande ancienneté au sein de la Mutuelle ou appartenant au sexe représentant moins de 40% au sein du conseil d'administration.

ARTICLE 26 - MANDAT

Article 26.1 Durée

Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans renouvelable. Leurs fonctions cessent à l'issue de l'assemblée générale organisée dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat. Les fonctions d'administrateur cessent par ailleurs :

- en cas de perte de la qualité de membre participant ;
- en cas de cumul de mandat dans les conditions visées ci-après à l'article 26-2 conformément aux dispositions de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité ;
- en cas de condamnation au sens de l'article L.114-21 du Code de la Mutualité, dans un délai d'un mois après le caractère définitif de la décision de justice ;
- en cas de dépassement de la limite d'âge dans les conditions fixées à l'article 24-2 des présents statuts ;
- en cas de décision de révocation ou de non renouvellement du mandat prononcée par l'ACPR ;
- en cas de révocation par un vote de l'assemblée générale.

Article 26.2 Cumul de mandat et incompatibilités

En application de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité :

- un administrateur ne peut appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations ;
- le président du conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur dont au plus deux mandats de président du conseil d'administration d'une fédération, d'une mutuelle ou d'une union.

Dans le décompte des mandats mentionnés ci-dessus :

- ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité ;
- sont pris en compte pour un seul mandat ceux détenus dans des organismes mutualistes faisant partie d'un groupe au sens de l'article L. 356-1 du Code des Assurances ;
- ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les fédérations définies à l'article L.111-5 du Code de la Mutualité et les unions qui ne relèvent ni du livre II ni du livre III du même code, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec ces dispositions doit, dans les trois mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. A l'expiration de ce délai, elle est réputée s'être démise de son mandat le plus récent, sans que soit, de ce fait, remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

ARTICLE 27 - VACANCE DES ADMINISTRATEURS

En cas de vacance d'un poste d'administrateur en cours de mandat par décès, démission, perte de la qualité de membre participant, ou cessation du mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, le conseil d'administration peut procéder, par cooptation, à la nomination provisoire d'un administrateur pour le siège vacant. La cooptation prend en compte les objectifs de parité prévus par l'article L.114-16-1 du Code de la Mutualité et l'article 24-1 des présents statuts. La nomination faite par le conseil d'administration sera soumise à la ratification de la prochaine assemblée générale. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur. La non ratification de la nomination faite par le conseil d'administration entraîne la cessation automatique du mandat de l'administrateur coopté sans entrainer la nullité des délibérations auxquelles il a pris part. En toute hypothèse, le conseil d'administration peut décider d'organiser l'élection anticipée du poste vacant, quelle que soit la cause de cette vacance.

ARTICLE 28 - RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du Président, au minimum 4 fois par an. Le Président du conseil d'administration établit l'ordre du jour et le joint à la convocation écrite qui doit être envoyée aux membres du conseil d'administration 7 jours francs au moins avant la date de réunion. Toutefois, le Président peut, en cas d'urgence, convoquer le conseil d'administration par tous moyens à sa convenance. Les dirigeants opérationnels au sens du Code de la Mutualité, participent de droit aux réunions du conseil d'administration. Le Président peut également inviter des personnes extérieures aux réunions ; le conseil délibère sur cette présence à l'ouverture de la réunion.

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.

Sont réputés présents les administrateurs et les représentants des salariés qui participent à la réunion en visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective.

ARTICLE 29 - DÉCISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des votes exprimés. En cas d'égalité de voix, la voix du Président est prépondérante. Le conseil d'administration vote obligatoirement au scrutin secret pour l'élection du Président, la nomination du dirigeant opérationnel, et de manière générale sur toute question qui intéresse personnellement un administrateur ou à la demande de la majorité des administrateurs présents sur toute question inscrite à l'ordre du jour. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

ARTICLE 30 - POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toutes questions relatives à la bonne marche de la Mutuelle. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles. Le conseil d'administration établit chaque année un rapport qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion.

À la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de Commerce ;
- de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L.212-7 du Code de la Mutualité ;
- de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 du Code de la Mutualité. Un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur ;
- de l'ensemble des rémunérations versées le cas échéant au dirigeant opérationnel mentionné à l'article L.211-14 du Code de la Mutualité ;
- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle ;
- des transferts financiers entre la mutuelle et un ou plusieurs autres organismes mutualistes ;
- du montant et des modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents pour les opérations d'assurance sur la vie.

Le conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration ou le cas échéant au dirigeant opérationnel. Il rend compte à l'assemblée générale des décisions prises en la matière.
Il adopte et modifie les règlements mutualistes applicables aux opérations individuelles et les règlements mutualistes ou les contrats collectifs applicables aux opérations collectives dans les règles fixées par l'assemblée générale et lui rend compte des décisions en la matière.
Ses décisions sont applicables, après notification aux membres participants, dans les formes et les moyens dont dispose la Mutuelle et sous réserve des dispositions contenues dans les textes réglementaires en vigueur.
Plus généralement, le conseil d'administration s'attache à accomplir toutes missions, qui lui sont spécialement dévolues par les lois et règlements applicables aux mutuelles. Le conseil d'administration adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle.

ARTICLE 31 - DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS
Le conseil d'administration peut, sous sa responsabilité et son contrôle, déléguer tout ou partie des pouvoirs qu'il détient, à l'exclusion de ceux qui lui sont spécialement réservés par la loi, au bureau, au Président, à un ou plusieurs administrateurs, ou à une commission. Le conseil d'administration peut à tout moment révoquer les délégations ainsi consenties et y mettre fin sans avoir à en justifier.

ARTICLE 32 - DIRIGEANT OPERATIONNEL
Conformément à l'article L.211-14 du Code de la Mutualité, le conseil d'administration nomme, sur proposition du Président du conseil d'administration, le dirigeant opérationnel qui ne peut être un administrateur. Il détermine les pouvoirs qui lui sont délégués en vue de l'accomplissement de ses missions. La nomination et le renouvellement du dirigeant opérationnel sont notifiées à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Le dirigeant opérationnel peut être révoqué à tout moment par le conseil d'administration, par vote majoritaire à scrutin secret sur demande du Président ou de la majorité des administrateurs.
Le dirigeant opérationnel :
- exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration, dans le cadre des orientations déterminées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L.114-17 du Code de la Mutualité ;
- assiste à toutes les réunions du conseil d'administration ;
- a sous son autorité les personnes responsables des fonctions clés suivantes : fonction de gestion des risques, fonction de vérification de la conformité, fonction d'audit interne et fonction actuarielle ;
- soumet à l'approbation du conseil d'administration des procédures définissant les conditions selon lesquelles les responsables de ces fonctions peuvent informer, directement et de leur propre initiative, le conseil d'administration lorsque surviennent des évènements de nature à le justifier ;
- exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la mutuelle et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées générales, au conseil d'administration et au président.

ARTICLE 33 - REMUNERATION DES ADMINISTRATEURS
Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Toutefois, en vertu de l'article L.114-26 du Code de la Mutualité, des indemnités et remboursements peuvent être versés aux membres du conseil d'administration, dans les limites et conditions fixées par les lois et règlements en vigueur. De même, la Mutuelle rembourse à l'employeur les rémunérations maintenues pour permettre aux administrateurs salariés, d'exercer leur fonction pendant leur temps de travail, ainsi que les avantages et les charges y afférent. Les administrateurs ne peuvent exercer des fonctions rémunérées par la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter du terme de leur mandat.
Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou à un dirigeant opérationnel.
Les indemnités versées pour l'exercice de leurs fonctions aux administrateurs ont le caractère de rémunération au sens de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 34 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPÉRATIONNEL
Les administrateurs et les dirigeant effectifs, notamment le dirigeant opérationnel, veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une stricte obligation de réserve et de secret professionnel. Les administrateurs sont obligés de faire connaître les différents mandats qu'ils détiennent dans d'autres groupements régis par le Code de la Mutualité et plus généralement, dans tout autre organisme relevant du Code des Assurances. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard. Les dirigeants effectifs, notamment le dirigeant opérationnel, sont tenus de faire connaître, avant leur nomination, toutes activités professionnelles ou fonctions électives qu'ils entendent conserver et d'informer de toute nouvelle situation à cet égard. Les administrateurs et le dirigeant opérationnel doivent satisfaire aux conditions définies à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité. Ils sont tenus de faire connaître à la Mutuelle toute sanction, même non définitive qui serait susceptible d'être prononcée contre eux.

ARTICLE 35 - CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES
Article 35.1 Autorisation préalable
Sont soumises à l'autorisation préalable du conseil d'administration devant intervenir au plus tard lors de la réunion du conseil d'administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice :
- toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel ou personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion ;
- toute convention à laquelle un administrateur ou un dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans laquelle il traite avec la mutuelle par personnes interposées, ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé si l'un des administrateurs, dirigeant opérationnel 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 ;
- toute convention intervenant entre un administrateur ou un dirigeant opérationnel de la Mutuelle et l'une des personnes morales appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité ;
- lorsque le conseil d'administration de la mutuelle est composé pour plus du tiers de ses membres, d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés issus d'une seule personne morale de droit privé ne relevant pas du Code de la Mutualité, toute convention intervenant entre cette personne morale et un administrateur ou un dirigeant opérationnel de la mutuelle.

Article 35.2 Information du conseil d'administration et du commissaire aux comptes
L'administrateur ou le dirigeant opérationnel intéressé est tenu d'informer le conseil d'administration de la mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention devant être soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration. Lorsqu'il s'agit d'un administrateur, ce dernier ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée. Le Président du conseil d'administration donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisés. Les commissaires aux comptes présentent, sur ces conventions, un rapport spécial à l'assemblée générale sur lequel celle-ci statue. Le ou les intéressés ne prennent pas part au vote. Les conventions sont portées à la connaissance de l'assemblée générale lors de la présentation du rapport spécial du Commissaire aux comptes.
Article 35.3 Nullités
Sans préjudice de la responsabilité de l'administrateur ou du dirigeant opérationnel intéressé, les conventions réglementées et conclues sans autorisation préalable du conseil d'administration peuvent être annulées si elles ont eu des conséquences dommageables pour la mutuelle. L'action en nullité se prescrit par trois ans à compter de la date de la convention. Toutefois si la convention a été dissimulée, le point de départ du délai de la prescription est reporté au jour où elle a été révélée. La nullité peut être couverte par un vote de l'assemblée générale intervenant sur rapport spécial des commissaires aux comptes exposant les circonstances en raison desquelles la procédure d'autorisation n'a pas été suivie. Le ou les intéressés ne prennent pas part au vote.
Article 35.4 Effets à l'égard des tiers
Les conventions approuvées par le conseil d'administration, y compris lorsqu'elles ont été désapprouvées par l'assemblée générale, produisent leurs effets à l'égard des tiers, sauf lorsqu'elles sont annulées dans le cas de fraude. Même en l'absence de fraude, les conséquences préjudiciables à la mutuelle des conventions désapprouvées par l'assemblée générale peuvent être mises à la charge de l'administrateur et éventuellement des autres membres du conseil d'administration.
Article 35.5 Emprunts, cautions et avals
Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel 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 et de dirigeant opérationnel, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des dirigeants. La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes mentionnées au présent article ainsi qu'à toute personne interposée.

ARTICLE 36 - RESPONSABILITÉ CIVILE
La responsabilité civile des administrateurs peut être engagée individuellement ou solidairement envers la Mutuelle ou les tiers, en raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans la gestion. Si plusieurs administrateurs ont coopéré aux mêmes faits, le tribunal détermine la part contributive de chacun dans la réparation du dommage.
L'action en responsabilité contre les administrateurs, à titre individuel ou collectif, se prescrit par trois ans, à compter du fait dommageable ou s'il a été dissimulé, de sa révélation.

PRÉSIDENT, BUREAU ET COMMISSIONS

ARTICLE 37 - ELECTION DU PRÉSIDENT
Le conseil d'administration élit parmi ses membres, un Président, qui est élu en qualité de personne physique.
Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme à ses fonctions. L'élection du Président du conseil d'administration a lieu à scrutin secret uninominal majoritaire à un tour. Les candidatures aux fonctions du Président du conseil d'administration doivent être adressées au siège de la Mutuelle par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception aux moins quinze jours francs avant la date de l'élection. En cas d'égalité de suffrages, l'élection est acquise au candidat justifiant de la plus grande ancienneté en qualité de membre participant de la Mutuelle. Le Président est élu pour une durée de 3 ans, qui ne peut excéder la durée de son mandat d'administrateur. Il est rééligible dans la limite de 4 mandats successifs et sous réserve du respect des limites d'âge.

ARTICLE 38 - VACANCE DE LA PRÉSIDENCE
En cas de perte de la qualité d'adhérent, de démission, de décès du Président ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L.612-23-1 du Code Monétaire et Financier, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration, convoqué par un vice-président ou par l'administrateur doyen d'âge, qui assure l'intérim et organise la nouvelle élection dans les meilleurs délais.

ARTICLE 39 - ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT
Le Président :
- veille au bon fonctionnement de la Mutuelle, dans le respect du Code de la Mutualité et des présents statuts ;
- informe le conseil d'administration des procédures engagées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du Code Monétaire et Financier ;
- représente la Mutuelle en justice tant en demande qu'en défense et dans tous les actes de la vie civile ;
- s'assure que les membres du bureau et les administrateurs sont en mesure de remplir leurs attributions ;
- convoque le conseil d'administration, dont il établit l'ordre du jour, organise et dirige les travaux ; rend compte à l'assemblée générale, organise et facilite le travail des commissaires aux comptes ou de tout autre organe de contrôle et de vérification ;
- engage les dépenses ;
- engage la mutuelle ou l'union à l'égard des tiers même lorsque ses actes ne relèvent pas de l'objet de la mutuelle, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle, déléguer certaines de ses attributions à un membre du bureau ou au dirigeant opérationnel.

ARTICLE 40 - BUREAU
Article 40.1 Composition
Au sein du conseil d'administration de la Mutuelle est créé un Bureau composé comme suit :
- le Président du conseil d'administration,
- deux Vice-présidents,
- le Secrétaire général,
- le Trésorier général,
- le Secrétaire adjoint,
- le Trésorier adjoint.

Article 40.2 Élection des membres
Les membres du bureau, à l'exclusion du Président du conseil

d'administration, sont élus par le conseil d'administration parmi ses membres. Ils sont élus pour trois ans, lors de la première réunion du conseil d'administration qui suit l'assemblée générale l'ayant instauré ou renouvelé. Ils peuvent être révoqués à tout moment par le conseil d'administration. L'élection des membres du bureau est organisée dans les formes fixées par le conseil d'administration.
En cas de vacance, pour quelque motif que ce soit, le conseil d'administration peut pourvoir au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu achève le mandat en cours.

ARTICLE 41 - FONCTIONNEMENT DU BUREAU
Le Bureau se réunit sur convocation du Président du conseil d'administration autant de fois que la bonne marche de la Mutuelle l'exige. La convocation est effectuée par tous moyens, cinq jours francs avant la date de la réunion du bureau, sauf urgence. Le Président du conseil d'administration peut inviter à assister aux réunions du bureau le dirigeant opérationnel et avec l'accord préalable du bureau, toute personne extérieure. Les décisions du Bureau sont prises à la majorité de ses membres présents. En cas d'égalité de suffrages, la voix du Président est prépondérante. Les décisions du Bureau sont portées à la connaissance du conseil d'administration.

ARTICLE 42 - ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU
1. Les vice-présidents
Les vice-présidents secondent le Président. Ils peuvent disposer de délégations spéciales. Ils suppléent le Président en cas d'empêchement de celui-ci, avec les mêmes pouvoirs, dans toutes ses fonctions.
2. Le Secrétaire général et le secrétaire adjoint
Le Secrétaire général a en charge la responsabilité du respect des obligations juridiques de la Mutuelle, notamment en ce qui concerne :
• la rédaction et l'envoi des convocations aux différentes réunions ;
• la rédaction des procès-verbaux et comptes rendus de réunions ;
• la rédaction formelle des pouvoirs et délégations consenties ;
• le respect statutaire de la situation des membres, ayants droit et administrateurs, par la tenue du fichier adhérents ;
• la conservation de toutes archives et documents, et leurs modalités de communication et de conservation.
Le Secrétaire général présente le rapport annuel d'activité aux assemblées générales, dont il assure le bon déroulement. Il est secondé par un Secrétaire adjoint, qui le supplée dans toutes ses attributions en cas d'empêchement.
3. Le Trésorier général et le Trésorier adjoint
Le Trésorier général a en charge l'exécution de toutes les opérations financières et comptables de la Mutuelle. À ce titre, il veille au bon engagement des dépenses et à l'encaissement des recettes, et effectue, après avis de la commission finances, les opérations courantes de gestion des titres et valeurs. Le Trésorier général présente le rapport annuel sur les comptes aux assemblées générales, ainsi que toutes les annexes nécessaires (documents, comptes, états, tableaux), prévues par les lois et règlements en vigueur. Il présente en Bureau et en conseil d'administration les projets de budget, plans de financement, et états intermédiaires de situation de trésorerie, de placement, et d'exécution. Il est secondé par un Trésorier adjoint, qui le supplée dans toutes ses attributions en cas d'empêchement.

ARTICLE 43 - COMMISSIONS
Le conseil d'administration peut, sous son contrôle et sa responsabilité, constituer des commissions, sur les thèmes généraux ou particuliers, qu'il juge utiles au bon fonctionnement de la Mutuelle.
La ou les commissions sont présidées par un membre du conseil d'administration auquel elles rendent compte de leurs travaux et décisions. La ou les commissions se réunissent chaque fois que nécessaire et au minimum trois fois par an.

ARTICLE 44 - DÉLÉGATIONS
À l'exclusion des délégations de pouvoirs consenties aux membres du bureau par le Président du conseil d'administration (article 39) et le conseil d'administration (article 31), les membres du bureau peuvent déléguer tout ou partie de leurs attributions mentionnées à l'article 42 au dirigeant opérationnel, qui peut les subdéléguer sous sa responsabilité. Ce dernier rend compte au Président et au Bureau de la réalisation de ses missions dans le cadre de ces délégations et des subdélégations consenties.

FINANCES

ARTICLE 45 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT
Le fonds d'établissement de la Mutuelle prévu à l'article L.114-4 du Code de la Mutualité est fixé à QUATRE CENT MILLE EUROS (400 000 €). Il est alimenté, le cas échéant, par les droits d'adhésion perçus et qui lui sont dédiés. Le fonds, constitué par prélèvement sur les réserves libres de la Mutuelle, pourra être augmenté, en tant que de besoin, par simple décision de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 46 - RECETTES
Les recettes de la Mutuelle sont valablement constituées par :
1. le droit d'adhésion ou frais de dossier éventuellement fixés par l'assemblée générale ;
2. les cotisations des membres ;
3. tous produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
4. les dons et legs mobiliers et immobiliers ;
5. toutes recettes compatibles avec les lois et règlements en vigueur et compatibles avec les présents statuts, et notamment les subventions, concours financiers et prêts.

ARTICLE 47 - DÉPENSES
Les dépenses de la Mutuelle comprennent :
1.les différentes prestations servies aux membres et/ou ayants droit ;
2. les dépenses de fonctionnement et d'investissement ;
3. les différentes cotisations et participations financières versées aux instances départementales, régionales et nationales ;
4. les cotisations et redevances dues au Système Fédéral de garantie (article L.111-5 du Code de la Mutualité) et à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;
5. toutes autres dépenses entrant dans l'objet social de la mutuelle.

ARTICLE 48 - SÉCURITÉ FINANCIÈRE
Pour sa sécurité et celle de ses adhérents, la Mutuelle adhère au Système Fédéral de garantie (SFG) mis en place par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

ARTICLE 49 - RÈGLES PRUDENTIELLES
Dans le respect des règles prudentielles édictées par les lois et règlements, la Mutuelle affecte aux différents comptes de réserves les sommes nécessaires. Lesdites sommes sont placées auprès des organismes habilités dans les formes, volumes et degrés de liquidité autorisés ou requis.

ARTICLE 50 - COMITÉ D'AUDIT
Conformément à la réglementation en vigueur, la Mutuelle dispose d'un dispositif de contrôle interne permanent, dont les travaux sont dirigés sous la responsabilité du comité d'audit afin d'assurer :
• la conformité aux lois et règlements ;
• l'application des instructions et des orientations fixées par le conseil d'administration ;
• le bon fonctionnement des processus internes de la société, notamment ceux concourant à la sauvegarde des actifs ;
• la fiabilité des informations financières.
Celui-ci est constitué de membres administrateurs et/ou de membres non-administrateurs ayant une expertise particulière dans le domaine administratif, financier et comptable désignés par le conseil d'administration.

ARTICLE 51 - COMMISSAIRE AUX COMPTES
L'assemblée générale désigne sur proposition du conseil d'administration, au moins un commissaire aux comptes et un suppléant, conformément à l'article L.114-38 du Code de la Mutualité. Le ou les commissaires aux comptes disposent de tous les pouvoirs et attributions tels qu'ils résultent du Code de la Mutualité et du Code de Commerce en termes de certification de comptes, de communications et d'avis sur les conventions et faits dont ils ont connaissance et ils les consignent dans un rapport spécial. Le ou les commissaires aux comptes joignent à leur rapport général annuel de certification et d'observations sur les comptes des annexes relatives aux éventuels concours financiers, subventions, prêts ou apports consentis par la Mutuelle.
Le commissaire aux comptes est convoqué aux assemblées générales par le Président.

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 52 - DISSOLUTION ET LIQUIDATION
Hormis les cas prévus par les lois et règlements en vigueur, l'assemblée générale peut, dans les règles et formes prévues aux présents statuts, prononcer la dissolution de la Mutuelle. L'assemblée générale fixe le cahier des charges de la liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs, qui peuvent être des administrateurs. La mise en place des liquidateurs rend caducs de plein droit les mandats des administrateurs. L'assemblée générale peut conférer des pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, dont elle approuve le compte de liquidation, et auxquels elle donne valable quitus. L'excédent d'actif net disponible est dévolu par décision de l'assemblée générale, à tout organisme, fonds ou personne morale, habilitée à le recevoir, en vertu du Code de la Mutualité et des lois et règlements en vigueur au jour de survenance de la décision.

ARTICLE 53 - HIÉRARCHIE DES NORMES
Les présents statuts, le règlement mutualiste ou le contrat collectif sont, après les lois, les règlements en vigueur et le Code de la Mutualité, évoqués dans cet ordre pour toute interprétation.

Statuts adoptés en assemblée générale le 10/12/2021.

REGLEMENT MUTUALISTE DE LA GAMME LMP GO

FORMULES : START, OPEN, RELAX, COSY et BEST
Applicable au 01/01/2022

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement mutualiste a pour objet de définir les garanties et leurs modalités d'application tenant à la prise en charge, en complément des remboursements des régimes obligatoires de sécurité sociale, de tout ou partie de leurs dépenses de santé médicales, paramédicales, pharmaceutiques, chirurgicales et d'hospitalisation.
Conformément à l'article 5-1 des statuts et à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, le présent règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le présent règlement est adopté par le Conseil d'Administration.
Tous les membres participants sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts de la Mutuelle.
La loi applicable au présent règlement est la loi Française. Il est régi par le Code de la mutualité.
La langue utilisée par la Mutuelle dans le présent règlement et les relations avec ses membres participants est le français.
Le présent règlement mutualiste ne concerne pas les membres participants qui adhèrent à la Mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif ou dans le cadre de la labellisation.

ARTICLE 2 - MODIFICATIONS DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le Conseil d'Administration peut apporter toutes les modifications nécessaires au présent règlement mutualiste.
Toutes les modifications apportées au présent règlement mutualiste sont conformément à l'article L.221-5 du Code de la Mutualité notifiées aux membres participants par une lettre d'information précisant les adaptations apportées.
Elles sont applicables dès leur notification aux membres participants.
Les modifications du montant des cotisations décidées unilatéralement par la Mutuelle interviennent généralement à l'échéance annuelle de reconduction de l'adhésion. Elles peuvent en revanche intervenir à tout moment en réponse à une demande de modification des garanties, en cas de modification des prestations du régime de base ou à des fins de mise en conformité avec les textes législatifs ou réglementaires.

ARTICLE 3 - CARACTERE RESPONSABLE DU REGLEMENT MUTUALISTE

Les garanties « frais de santé » couvertes dans le cadre du présent règlement mutualiste respectent les exigences légales et règlementaires des contrats « responsables » au sens notamment, de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et de ses textes d'application. Les éventuelles nouvelles évolutions législatives ou règlementaires s'appliqueront aux garanties couvertes au titre du présent règlement mutualiste afin qu'elles conservent leur caractère « responsable ».
Les garanties prises en charge au titre du présent règlement et celles qui en sont exclues conformément aux règles des contrats « responsables » figurent dans le tableau des garanties.

ARTICLE 4 - DEFINITION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET DES AYANTS DROIT

Article 4.1 Définition des membres participants

Il convient d'entendre par membres participants, les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la Mutuelle à laquelle ils ont adhéré.

Article 4.2 Définition des ayants droit

Le membre participant peut faire bénéficier ses ayants-droit des garanties et des prestations souscrites.
Au sens du présent contrat, peut être ayant droit du membre participant :
- son conjoint, ou à défaut son partenaire de PACS, ou à défaut son concubin ;
- ses enfants ;

CONDITIONS D'ADHESION / RESILIATION - RADIATION – EXCLUSION / RETRAIT DES AYANTS DROIT

ARTICLE 5 - PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'offre est ouverte à tout assuré et ayant droit quelle que soit sa situation à l'exception des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Le membre participant dispose du libre choix de sa formule.
Les enfants seuls peuvent être membres participants dès 16 ans dès l'instant où ils sont immatriculés à la sécurité sociale. Dès lors qu'ils en font la demande non équivoque, l'intervention du représentant légal n'est pas nécessaire.

ARTICLE 6 - INFORMATION PRE - CONTRACTUELLE

Conformément à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité, la Mutuelle remet au membre participant, avant la signature du contrat, le bulletin d'adhésion, les statuts, le règlement mutualiste, et un document d'information normalisé sur le règlement (IPID).
En sa qualité de souscripteur du contrat d'assistance, la Mutuelle lui remet également la notice d'information relative à la garantie d'assistance.

ARTICLE 7 - CONDITIONS D'ADHESION

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion par le futur membre participant. A cet effet, ce dernier doit remplir et signer le bulletin d'adhésion et le renvoyer à la Mutuelle accompagné :
- d'un relevé d'identité bancaire pour le versement de ses prestations ;
- d'une attestation de droits à la sécurité sociale ou autres documents attestant de l'affiliation à un régime obligatoire de sécurité sociale datant de moins de 3 mois pour l'ensemble des personnes visées sur le bulletin d'adhésion ;
- du mandat de prélèvement « SEPA » si le membre participant souhaite être prélevé de ses cotisations ou du premier règlement dans le cas contraire ;
- le cas échéant, d'un certificat de radiation de l'ancienne Mutuelle datant de moins de trois mois.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par le présent règlement, et confère la qualité de membre participant de la Mutuelle.
Le membre participant reçoit en retour une confirmation d'adhésion et un avis d'échéance.
A compter de son adhésion, le membre participant s'engage au paiement des cotisations afférentes à la couverture des garanties frais de santé.

ARTICLE 8 - DELAI DE RENONCIATION EN CAS D'ADHESION « A DISTANCE » OU DE « DEMARCHAGE »

Conformément à la réglementation en vigueur, est réputée avoir été faite :
- par « démarchage », toute adhésion intervenue au domicile, à la résidence ou au lieu de travail du candidat à l'assurance y compris à sa demande, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, suite à sa sollicitation par des préposés ou mandataires de la Mutuelle ;

En cas d'adhésion aux garanties « par démarchage », le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 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. Toutefois si le membre participant a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, il ne peut exercer son droit à renonciation.
- « à distance », toute adhésion intervenue au moyen d'une technique de communication à distance sur support papier, par téléphone ou en ligne sans la présence physique simultanée du membre participant et de la Mutuelle.

En cas d'adhésion aux garanties « à distance », le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet de son adhésion, ou de la date à laquelle il reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles si cet évènement est postérieur, sans avoir à justifier d'un motif, ni à supporter de pénalités.
Dans ces cas, les garanties ne prennent effet, qu'à l'expiration du délai de renonciation de 14 jours.
Toutefois, s'il souhaite que ses garanties prennent effet immédiatement, sans attendre l'expiration du délai de rétractation, le membre participant peut expressément le demander sur son bulletin d'adhésion.
En cas d'exercice de la faculté de renonciation, la Mutuelle conservera la quote-part des cotisations correspondant à la couverture de garantie dont le membre participant ou ses ayants droits auront bénéficié pour la période au cours de laquelle il a été garanti ;
Le membre participant peut exercer sa faculté de renonciation en adressant une lettre recommandée à la Mutuelle (Mutuelle Les Ménages Prévoyants – 7/11 rue Albert Sarraut – 78000 Versailles) ou un envoi recommandé électronique (à recommande@mutuellelmp.fr) contenant les mêmes informations, selon le modèle suivant :
« Conformément à l'article 8 du règlement mutualiste, je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) vous fais part de ma volonté d'exercer ma faculté de renonciation à mon adhésion au règlement mutualiste » enregistrée, sous le numéro d'adhérent [xx] auprès de votre Mutuelle. Je n'ai connaissance de la survenance d'aucun évènement susceptible de déclencher la mise en œuvre des prestations assurées par le présent règlement - Date et signature. »

ARTICLE 9 - DATE D'EFFET

La date d'adhésion ou de première souscription du contrat est la date à laquelle l'adhésion du membre participant prend effet.
L'adhésion du membre participant à la couverture de garantie prend effet, sous réserve des droits de renonciation le cas échéant applicables et de la réception par la Mutuelle de la demande d'adhésion, à la date librement fixée par le membre participant, sur son bulletin d'adhésion, et au plus tôt à la date de signature du bulletin d'adhésion.
Dans le cas où le membre participant souhaite adhérer à la couverture de garantie et que la Mutuelle s'occupe des formalités pour dénoncer sa précédente adhésion ou résilier son précédent contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais de santé, l'adhésion du membre participant prendra effet le lendemain de la date d'effet de la résiliation du précédent contrat, afin d'assurer la continuité de la couverture du nouveau membre participant.

ARTICLE 10 - ADHESION DES AYANTS DROIT ET DATE D'EFFET

Toute demande d'ajout d'ayants droit au titre d'une adhésion, doit être formulée à la Mutuelle sur la base d'un bulletin d'adhésion complété et signé adressé par courrier ou courriel accompagné de pièces justificatives. L'ajout ne sera pris en compte par la Mutuelle que si le membre participant est à jour de ses cotisations.
Sous réserve de leur affiliation et du paiement des cotisations correspondantes, les ayants droit du membre participant bénéficient des garanties et prestations souscrites.

Article 10.1 Adhésion de nouveau-nés

Sur la base de la photocopie du livret de famille ou d'un extrait d'acte de naissance et d'un courrier du membre participant en faisant expressément la demande, les enfants inscrits dans les deux mois à compter du jour de leur naissance deviennent ayants droit. Leur adhésion prend effet le jour de leur naissance et la cotisation afférente sera modifiée le 1er jour du mois suivant. Si la demande d'inscription survient plus de deux mois suivant leur naissance, l'adhésion des enfants du membre participant prend effet à la date librement fixée par le membre participant sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt à la date de signature du bulletin d'adhésion, comme pour les autres ayants droit. La cotisation afférente à l'adhésion de l'ayant droit sera appliquée à compter de la

date d'effet de l'adhésion.

Article 10.2 Adhésion de conjoint(e) et/ou enfant(s)
Sur la base d'un bulletin d'adhésion complété et signé, le conjoint et/ou le(s) enfant(s) sont inscrits sur le dossier du membre participant comme ayants droit. Leur adhésion prend effet à la date librement fixée par le membre participant sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt à la date de signature du bulletin d'adhésion. La cotisation afférente à l'adhésion de l'ayant droit sera appliquée à compter de la date d'effet de l'adhésion.

ARTICLE 11 - CHOIX DE LA FORMULE
La Mutuelle propose cinq formules de garanties décrites dans le tableau des prestations : START, OPEN, RELAX, COSY et BEST.
Les formules proposées sont dites «responsables et solidaires». L'ensemble des garanties s'entend dans le respect du parcours de soins dans les contraintes règlementaires générées par le « contrat responsable ». Les forfaits sont alloués par bénéficiaire et par année civile, sauf mention contraire. La Mutuelle intervient dans la limite des frais engagés. Ces formules sont ouvertes à tous les membres participants et à leurs ayants droit, quel que soit leur état de santé et sans condition d'âge.
La Mutuelle communique au membre participant une fiche conseil pour recueillir ses besoins et lui conseiller la formule la mieux adaptée à sa situation. Le membre participant reste libre du choix de sa formule de garanties et peut refuser de renseigner la fiche conseil. Si le membre participant refuse les conseils de la Mutuelle, cette dernière ne saurait être tenue responsable si la formule choisie n'est pas adaptée à sa situation.
L'adhésion d'un individu ou d'une famille à l'une de ces formules est obligatoire pour une durée minimale d'une année renouvelable par tacite reconduction pour une nouvelle période annuelle. La formule choisie s'applique au membre participant et à tous ses ayants droit affiliés. Le membre participant ne peut donc opter pour une formule de garanties différente pour lui-même et ses ayants droit affiliés.

ARTICLE 12 - CHANGEMENT DE FORMULE
Conformément à l'article 9 des statuts, il est expressément stipulé que le membre participant doit avoir une année d'ancienneté dans sa formule entre la date de son adhésion et la date de sa demande – incompressible et de date à date – avant de pouvoir la modifier s'il le souhaite pour une formule dont les prestations sont inférieures. En revanche, le membre participant peut choisir à tout moment, une formule dont les prestations sont supérieures, sans avoir à justifier d'une année d'ancienneté dans l'ancienne formule. Le changement de formule prendra effet au plus tôt, le 1er jour du mois suivant la réception de la demande. Le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour demander un changement de formule.
Préalablement à tout changement, la Mutuelle recueille les besoins du membre participant dans la fiche conseil jointe au bulletin d'adhésion afin de vérifier l'adéquation entre la formule proposée et les attentes du membre participant en termes de garanties.
En cas de refus du membre participant de renseigner la fiche conseil et de bénéficier des conseils de la Mutuelle, le membre participant prend la responsabilité de choisir librement sa formule. La Mutuelle ne serait être tenue responsable si la formule choisie n'est pas adaptée à sa situation.
Tout changement de formule entraîne la reconduction du contrat pour une durée d'une année.
La nouvelle formule choisie s'applique au membre participant et à ses ayants droits affiliés.

ARTICLE 13 - ASSURANCES CUMULATIVES
En application de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et du décret n°90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale.
Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

ARTICLE 14 - RÉSILIATION / RADIATION / EXCLUSION / RETRAIT DES AYANTS DROIT
Les conditions de la démission et de la résiliation sont définies dans l'article 11 des statuts et les conditions de la radiation et de l'exclusion sont définies dans l'article 12 des statuts.

Article 14.0 Formalités de démission / résiliation / retrait des ayants-droit
Lorsque le membre participant dénonce son adhésion, la notification à la Mutuelle peut être effectuée au choix de l'intéressé soit :
- par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique ;
- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;
- par un mode de communication à distance lorsque le contrat a été conclu par ce mode de communication ;
- par le biais de l'espace personnel de l'adhérent (onglet : nous contacter/choisir le sujet de ma demande : résiliation).

Le membre participant doit joindre les pièces justificatives à sa demande.
La Mutuelle confirme la réception de cette notification par écrit au membre participant.
Le membre participant doit être à jour de ses cotisations et restituer ses deux cartes de tiers payant de l'année en cours ou attester de leur destruction par écrit à la date d'effet de la dénonciation de son adhésion. A défaut, la Mutuelle se réserve le droit de ne pas délivrer le certificat de radiation et d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes dues et pour toute utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant après résiliation. La résiliation de l'adhésion du membre participant aux garanties et le retrait des ayants droit par le membre participant ne peut avoir d'effet rétroactif.

Article 14.1 Résiliation annuelle
En application de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant peut résilier son adhésion aux garanties chaque année, au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, soit avant le 31 octobre, selon les modalités prévues à l'article 14.0. Par ailleurs, le membre participant est informé de la date limite d'exercice de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance annuelle de cotisation, conformément à l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité.
Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant la date fixée, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.
La résiliation du contrat prend effet au 31 décembre de l'année en cours ou dans les vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis lorsque ce dernier lui est adressé après le 15 décembre.

Article 14.2 Résiliation infra annuelle
Le membre participant peut dénoncer son adhésion après expiration d'un délai d'un an à compter de sa date d'adhésion telle que définie à l'article 9 du présent règlement mutualiste, selon les modalités mentionnées à l'article 14.0, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Dans le cas où le membre participant souhaite dénoncer une adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci peut effectuer pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation. La Mutuelle et le nouvel organisme s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture du membre participant durant la procédure.

Article 14.3 Résiliation en cas d'adhésion obligatoire à un contrat collectif
Le membre participant doit joindre impérativement à sa demande de résiliation, l'attestation nominative de son employeur précisant le caractère obligatoire de sa couverture et la date d'effet de son adhésion à ce contrat.
La résiliation prendra effet à compter du 1er jour du mois suivant la date d'affiliation à titre obligatoire mentionnée sur l'attestation nominative sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces et qu'il soit à jour de ses cotisations.

Article 14.4 Résiliation pour modification du risque assuré
Conformément à l'article L.221-17 du code de la mutualité, le membre participant et la Mutuelle peuvent dénoncer l'adhésion lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants : changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle. Le membre participant ou la Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion lorsque cette dernière a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.
La demande de dénonciation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

Article 14.5 Radiation pour défaut de paiement
Lorsque la radiation est prononcée pour défaut de paiement des cotisations, après un retard constaté d'une mensualité, et deux rappels de cotisations dont une mise en demeure par lettre recommandée restés sans réponse de la part du membre participant ou sans paiement de tout ou partie de la somme due, une procédure de contentieux est engagée.
En vertu de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, nonobstant ce qui précède, le défaut de paiement des cotisations ouvre le droit à la Mutuelle de résilier ses garanties dans les 40 jours qui suivent la mise en demeure du membre participant déficient. En effet, à défaut de paiement dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse au membre participant une mise en demeure. Ce n'est qu'au terme d'un délai de trente jours suivant cette mise en demeure que la garantie peut être suspendue. La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours.
La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.
Si l'ancien membre participant radié pour défaut de paiement souhaite sa réinscription, celle-ci sera effective après étude du dossier et après paiement intégral de la dette antérieure. L'ancien membre participant dont l'adhésion est acceptée ne pourra bénéficier d'aucune offre commerciale en cours. Par ailleurs en cas de radiation d'un dossier pour défaut de paiement, le couple inscrit a une responsabilité mutuelle des dettes constatées sur le dossier commun. Ainsi, un nouveau dossier pour l'un des membres du couple ne pourra être fait sans la régularisation totale de la dette.

Article 14.6 Exclusion pour atteinte aux intérêts de la Mutuelle
L'exclusion peut être prononcée à l'encontre des membres participants qui portent atteinte aux intérêts de la Mutuelle dans les conditions prévues par les statuts.
Peut par ailleurs être exclu le membre participant qui, de mauvaise foi, ou intentionnellement aurait fait des déclarations inexactes, omis de communiquer des informations ou présenté des documents falsifiés aux fins de percevoir indûment des prestations, conformément aux dispositions des articles L.221-14 du Code de la Mutualité et 1104 du Code Civil.
En cas d'exclusion du membre participant, aucune prestation et aucun remboursement de cotisations ne peuvent intervenir. Le membre participant et ses ayants droit sont déchus de tout droit aux garanties. Dans le cas où les faits délictueux ne sont constatés qu'après le versement des prestations, la Mutuelle en poursuit le recouvrement.

Article 14.7 Radiation des membres participants quittant la France pour raisons professionnelles
Les membres participants quittant la France pour des raisons professionnelles, conservent leur qualité de membres participants de la Mutuelle et leur adhésion est poursuivie dans les mêmes conditions, s'ils demeurent affiliés au régime de sécurité sociale obligatoire français. Dans le cas contraire, le membre participant qui quitte la France et souhaitant résilier son contrat doit notifier sa demande de résiliation selon les modalités prévues à l'article 14.0. Il devra joindre à sa demande un justificatif de son départ et restituer ses cartes de tiers payant à la Mutuelle ou attester de leur destruction par écrit. La radiation prend effet à la date de départ de France du membre participant.
A son retour, après une résiliation, ou lorsqu'il redevient ressortissant d'un régime français de sécurité sociale, il peut formuler une nouvelle demande d'adhésion.

Article 14.8 Retrait des ayants droit par le membre participant
Le membre participant peut retirer à tout moment en cours d'année l'affiliation de ses ayants-droit dans les conditions de l'article 14.0 sous réserve de justifier d'une durée minimale de douze mois à compter de l'affiliation de l'ayant-droit au contrat.
Ce retrait sera effectif à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de sa notification.

ARTICLE 15 - CESSATION DES GARANTIES
Les garanties cessent à l'égard du membre participant et à l'égard de ses ayants droit lorsqu'ils sont affiliés :
• à la date d'effet de la résiliation, de la radiation ou de l'exclusion ou du retrait prévue à l'article 14,
• à son décès.
En cas de cessation des garanties, le membre participant doit restituer ses deux cartes de tiers-payant à la Mutuelle ou attester de leur destruction par écrit. Toute utilisation de ces cartes alors que le membre participant (ou ses ayants droits) n'est (ne sont) plus couvert(s) par la garantie constitue un délit pouvant donner lieu à des poursuites par la Mutuelle.
Toute prestation versée à tort par la Mutuelle alors que le membre participant (ou ses ayants droits) n'est (ne sont) plus couvert(s) par la garantie ou que ses (ou leurs) droits ne sont pas ouverts auprès d'un régime d'assurance maladie obligatoire, devra être remboursée.

ARTICLE 16 - FAUSSE DECLARATION
En application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle 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, 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 qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

COTISATIONS

ARTICLE 17 - FIXATION ET EVOLUTION DES COTISATIONS
Les cotisations sont fixées par le Conseil d'Administration pour l'année civile sur la base d'un montant forfaitaire en euros.
Le montant des cotisations peut être modifié dans les mêmes formes. Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.
En cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la sécurité sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de la Mutuelle, le montant des cotisations et/ou les garanties seront révisées, à compter, au plus tôt, de la date d'application par la sécurité sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

ARTICLE 18 - MODE DE CALCUL DE LA COTISATION
Les cotisations peuvent varier en fonction de la formule de garanties choisie par le membre participant, de son âge, de celui de ses ayants droit, et de la composition familiale.
Les tranches d'âge sont : de 0 à 18 ans, de 19 à 29 ans, de 30 à 39 ans, de 40 à 49 ans, de 50 à 59 ans, de 60 à 64 ans, de 65 à 69 ans, de 70 à 74 ans, de 75 à 79 ans et de 80 ans et plus. Les cotisations évoluent automatiquement en cas de changement de tranche d'âge du membre participant ou d'un ou plusieurs ayants droit.
Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin. Elles ne sont pas non plus fixées en fonction du sexe ou de la nature de l'emploi du membre participant.
Il est prévu une réduction pour le conjoint marié, en concubinage ou pacsé affilié en qualité d'ayant droit au titre de la même adhésion.
Il est accordé une gratuité pour le troisième enfant ayant droit et les suivants, affiliés au titre de la même adhésion, jusqu'à leurs 18 ans révolus.

ARTICLE 19 - MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA COTISATION
Les cotisations sont déterminées chaque année par le Conseil d'Administration conformément à l'article 30 des statuts.
Les cotisations annuelles sont exprimées en euros, s'entendent TTC et sont payables d'avance, par prélèvements automatiques sur le compte bancaire du membre participant, selon une périodicité et des dates laissées au choix du membre participant : mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle exigibles le 5, 10, 15, 20, 25 ou 30 du mois de l'échéance.
Il ne peut être effectué de prélèvements sur les livrets d'épargne. Le membre participant est redevable de la partie de cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. Dans le cas où deux rejets de prélèvements consécutifs sont enregistrés et non régularisés, la Mutuelle procède à la suspension de ce mode de paiement jusqu'à régularisation intégrale de la somme due, et met en œuvre, le cas échéant, la procédure de résiliation visée à l'article 14.5.
Les paiements par chèque ou virement sont autorisés uniquement pour les règlements de cotisations à échéance trimestrielle, semestrielle ou annuelle et doivent être effectués par avance, avant le 10 du premier mois de la périodicité choisie.
Le membre participant ayant opté pour un paiement par chèque ou virement peut également régler ses cotisations par carte bancaire, en allant sur son espace personnel et sécurisé depuis le site internet de la Mutuelle www.mutuellelmp.fr.
Il appartient au membre participant, qui n'a pas opté pour un prélèvement automatique, de verser lui-même ses cotisations en début d'échéance, sans attendre de rappel. En cas de rejet de prélèvement ou de chèque impayé, il peut être prévu d'imputer au membre participant les frais fixés par l'organisme bancaire.

ARTICLE 20 - RÉPARTITION DE LA COTISATION
La cotisation réclamée aux membres participants couvre les prestations garanties par la Mutuelle en fonction de la formule choisie, - prestations directement liées aux prestations de la sécurité sociale ou prestations supplémentaires -, la garantie assistance, les frais de fonctionnement de la Mutuelle, les taxes, et pourvoit au maintien des réserves prudentielles édictées par les lois et règlements. La Mutuelle informe les membres participants des modifications tarifaires décidées par le Conseil d'Administration par notification préalable individuelle.
En cas d'instauration ou de modification de taxes et autres charges fiscales liées aux cotisations, la Mutuelle se réserve le droit d'augmenter les cotisations à la date d'effet de ces nouvelles taxes et charges.

ARTICLE 21 - AVIS DE PAIEMENT OU DE RAPPEL
En conformité avec la loi Châtel, la Mutuelle informe individuellement chaque membre participant du tarif de l'année suivante par l'envoi d'un avis d'échéance annuelle. Cet envoi est réalisé sous le contrôle d'un huissier de justice.
Sous réserve que les cotisations de l'année écoulée aient été intégralement réglées, la carte de tiers payant (en double exemplaire) est adressée par pli séparé. En cas de retard de paiement de plus de dix jours, la procédure visée à l'article 14.5 est mise en œuvre.

ARTICLE 22 - ACCUSÉ DE RÉCEPTION
La Mutuelle n'accuse pas réception des versements de cotisations. Les talons, récépissés ou avis de débits bancaires des paiements tiennent lieu de reçus.

GARANTIE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 23 - PRINCIPES GENERAUX
Les prestations sont fixées par le Conseil d'Administration.
Les prestations servies par la Mutuelle dans le cadre de cette offre comprennent la prise en charge du ticket modérateur et complètent dans la limite des frais réellement engagés par le membre participant et restant à sa charge celles versées par le régime d'assurance maladie obligatoire, à l'exclusion des dépenses de soins dont la prise en charge est exclue, conformément aux règles du « contrat responsable », et pour lesquels aucun remboursement ne peut ainsi intervenir.
Les prestations sont toujours calculées sur la base du tarif conventionnel de la sécurité sociale en vigueur, ou d'un montant forfaitaire indiqué dans le tableau des prestations, déduction faite du remboursement du régime obligatoire s'il existe. Les dépassements d'honoraires ne sont pris en charge que si la formule souscrite le prévoit.
Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du remboursement de la sécurité sociale française qui figure dans la nomenclature des actes de la CCAM.
Sauf exclusions générales ou particulières propres à chaque risque, la Mutuelle complète les remboursements du régime de sécurité sociale obligatoire.
Sauf cas particulier mentionné dans le tableau des prestations, l'absence de prise en charge par le régime de sécurité sociale obligatoire ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la Mutuelle.

ARTICLE 24 - REMBOURSEMENT
La participation de la Mutuelle est allouée sur présentation du décompte de la sécurité sociale, s'agissant de prestations inscrites dans la nomenclature de la sécurité sociale et au vu de la présentation de la facture pour tous actes ou prestations hors nomenclature.
Lorsqu'un accord a été conclu avec les Caisses de Régime Obligatoire, cette participation est allouée automatiquement à la réception d'éléments informatisés transmis directement par ces organismes.
Pour les cures thermales acceptées par la sécurité sociale, le forfait est versé uniquement sur présentation de la facture des frais d'hébergement, au nom du membre participant ou d'un ayant droit.

ARTICLE 25 - REMBOURSEMENTS EXCLUS OU NON PRIS EN CHARGE
Article 25.1. Sont exclues des garanties proposées par la Mutuelle :
- les majorations de participation et dépassements d'honoraires liés à l'absence de désignation d'un médecin traitant ou au non-respect du parcours de soins coordonné,
- la majoration de participation liée au refus du patient d'autoriser l'accès ou la modification de son dossier médical personnel par le professionnel de santé,
- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité Sociale pour chaque acte ou chaque consultation,
- les franchises médicales prévues à l'article L.160-13 III du Code de la Sécurité Sociale relatives aux médicaments, aux actes paramédicaux et au transport sanitaire.

Article 25.2. En outre, sous réserve des dispositions particulières expressément prévues dans la garantie, la Mutuelle ne prend pas en charge les frais suivants étant précisé qu'il revient à la Mutuelle d'apporter la preuve que les dépenses engagées entrent dans le champ de ces exclusions :
- Les dépassements d'honoraires et soins hors nomenclature sauf si prévu dans le tableau de garanties ;
- Les séjours en maison de retraite et assimilés EHPAD et MAS ;
- Les soins esthétiques et la thalassothérapie ;
- Les accidents scolaires, les accidents de travail et ceux causés par un tiers responsable ou par un sport pratiqué sous licence sportive, pour lesquels les dépenses de santé sont prises en charge par un autre organisme assureur.

ARTICLE 26 - SUBROGATION
Conformément aux articles L.224-8 et L.224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée de plein droit jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.
La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.
Pour le paiement des prestations à caractère forfaitaire en cas d'accident de la circulation, accidents scolaires, accidents de travail et ceux causés par un tiers responsable ou par un sport pratiqué sous licence sportive, lesquelles constituent une avance sur indemnités de la part de la Mutuelle, cette dernière est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants et de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

ARTICLE 27 - PRESCRIPTION
Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations garanties par la Mutuelle sont prescrites par deux 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 membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.
Conformément à l'article L.221-12 du Code de la Mutualité, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit,

- demande en justice,
- acte d'exécution forcée.
La prescription est également interrompue par une cause spécifique aux opérations d'assurance, telles que définies à l'article L.221-12 du Code de la Mutualité :
- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par la
Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 28 - CHAMBRE PARTICULIÈRE
Les hospitalisations sont prises en charge conformément aux tableaux des prestations applicables à la formule de garanties choisie par le membre participant. La demande de prise en charge de la chambre particulière doit être faite par le membre participant ou l'établissement hospitalier. En cas de passage automatique dans un second établissement, sans retour au domicile de l'assuré, une nouvelle demande doit être faite par le membre participant ou l'établissement hospitalier.
La Mutuelle prend en charge le lit accompagnant uniquement pour les accompagnants d'enfants âgés de moins de 12 ans ou d'adultes âgés de plus de 70 ans dans la limite des frais engagés et si la formule en vigueur le prévoit.
Les conditions tarifaires et, le cas échéant, la durée de prise en charge sont déterminées par la formule de garanties choisie. La Mutuelle ne peut être tenue pour responsable si la chambre particulière n'est pas attribuée par l'établissement hospitalier pour quelque cause que ce soit. Aucune indemnité compensatrice n'est prévue dans ce cas.

ARTICLE 29 - PRISE EN CHARGE DE l'EQUIPEMENT OPTIQUE
Conformément aux règles applicables au contrat responsable, la prise en charge des équipements d'optique est limitée, en principe, à un seul équipement (montures et verres) par période de deux ans suivant la date de facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Sauf dérogation prévue par la réglementation (évolution de la vue, maladie ou traitement médical expressément énuméré par arrêté ministériel), tout renouvellement de l'équipement d'optique dans un délai inférieur à 24 mois suivant la date d'acquisition du dernier équipement ne pourra donner lieu à une prise en charge par la Mutuelle. La période de deux ans ouvrant droit à la prise en charge d'un équipement d'optique est réduite à un an en cas d'acquisition d'un équipement pour un mineur de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifiée par une évolution de la vue et à six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
Les dépenses d'acquisition des dispositifs d'optique médicale « 100% Santé » exposées par le membre participant sont prises en charge en sus des tarifs de responsabilités dans la limite des prix limites de vente.
S'agissant des dispositifs médicaux « hors 100% Santé », la prise en charge des équipements d'optique médicale respecte les planchers et les plafonds de remboursement prévus par le contrat responsable.
En toute hypothèse, aucun remboursement ne peut avoir pour effet d'attribuer au membre participant ou à ses ayants droit, un remboursement supérieur aux frais engagés, dans la limite des plafonds de remboursements prévus par le contrat responsable.
Le changement de formule de garanties au cours de la période de deux ans (ou un an, pour les mineurs, ou en cas de déficit de la vue ou six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage) ouvrant droit à la prise en charge d'un équipement d'optique, n'a pas d'effet sur l'appréciation des délais précités, le point de départ du délai restant celui de la dernière acquisition de l'équipement. Le forfait optique alloué est celui de la formule de garantie applicable à la date d'acquisition de l'équipement.

ARTICLE 30 - PRISE EN CHARGE DES PROTHESES DENTAIRES
Conformément aux règles applicables au contrat responsable, les frais de soins dentaires prothétiques « 100% Santé » exposés par le membre participant sont pris en charge en sus des tarifs de responsabilités dans la limite des honoraires de facturation.
S'agissant des soins et prothèses « hors 100% Santé », l'annualité du plafond des prothèses dentaires prévue par le tableau des prestations est évaluée à partir de la date d'effet de l'adhésion (de chaque bénéficiaire) à la formule de garanties. La part non consommée une année n'est pas reportée sur l'année suivante.
Lors du changement de formule de garanties, la durée d'adhésion à la formule de garanties précédemment souscrite n'est pas prise en compte pour la majoration du plafond pour les prothèses dentaires. Dans ce cas, le membre participant bénéficiera des plafonds contractuels pour les prothèses dentaires dans les conditions et limites définies par sa nouvelle formule de garantie.
Le membre participant qui migre vers une formule plus avantageuse bénéficiera du plafond prothèse dentaire plus élevé de sa nouvelle formule à la condition que la date de début de ses soins soit bien postérieure à la date de prise d'effet de sa nouvelle formule. Le bénéfice du plafond de l'ancienne formule s'arrête au jour où démarre le bénéfice du plafond de la nouvelle formule, mais les remboursements déjà effectués au cours des douze mois précédents sont pris en compte dans l'application des plafonds.

ARTICLE 31 - PRISE EN CHARGE DES AIDES AUDITIVES
Conformément aux règles applicables au contrat responsable, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive à l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.
Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives « 100% Santé » exposées par le membre participant sont prises en charge en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente.
Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives « hors 100% Santé » exposées par le membre participant respectent les planchers et plafonds de remboursement prévus par le contrat responsable.

ARTICLE 32 - MATERIEL MEDICAL
Cette garantie permet le remboursement par la Mutuelle des frais engagés sur les grands et petits appareillages qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le matériel médical remboursable par l'assurance maladie obligatoire est recensé sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) disponible sur le site internet de l'assurance maladie.

ARTICLE 33 - MODALITES DE PRISE EN CHARGE
Les prestations sont servies par la Mutuelle sur justificatif des dépenses engagées :
- soit, par télétransmission « NOEMIE » ou autre, par laquelle les décomptes sont transmis directement par l'organisme de sécurité sociale dont dépend le membre participant et ses ayants droit ;
- soit, sur présentation par le membre participant des justificatifs suivants :
- décomptes de l'organisme de sécurité sociale,
- factures détaillées.

En ce qui concerne les frais pharmaceutiques, si le membre participant est amené à régler le ticket modérateur, il doit impérativement adresser le reçu ou la facture détaillée correspondante à la Mutuelle.
Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé au membre participant.
Il appartient au membre participant, s'il souhaite en conserver une trace, de procéder à la copie des documents qu'il transmet à la Mutuelle pour obtenir le remboursement des prestations.
La Mutuelle pourra récupérer toute somme indument versée par elle au membre participant ou des tiers, dans un délai de 2 ans maximum à compter de la date à laquelle elle a connaissance de l'existence d'un indu. La Mutuelle pourra récupérer ces sommes indues par tous moyens à sa disposition et pourra, à l'égard du membre participant, prélever ces sommes sur les prestations à venir.
Concernant le remboursement ou la prise en charge des dépenses de santé liées à l'hospitalisation, l'optique, le dentaire et l'auditif, la Mutuelle recommande au membre participant de lui adresser une demande de prise charge ou un devis avant l'engagement des soins ou des dépenses de frais de santé afin de connaître à l'avance le coût des soins prescrits, le montant du remboursement de la sécurité sociale, le montant du remboursement de la Mutuelle et éventuellement l'existence d'un reste à charge pour le membre participant.

ARTICLE 34 - DROITS AUX PRESTATIONS
Les demandes de remboursement des frais ou actes médicaux dont la date est antérieure à la date d'ouverture des droits ne peuvent donner lieu à remboursement. Il en est de même s'agissant des demandes de remboursement de soins ou actes dont la date est postérieure à la date de résiliation, radiation ou exclusion du membre participant sauf si les conditions d'ouverture des droits étaient remplies à cette date.
Le remboursement des frais et actes médicaux par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge du membre participant déduction faite des remboursements de toute nature auxquels il a droit.
Les demandes de remboursement, décomptes et factures transmis à la Mutuelle datant de plus de deux ans à la date des soins ne peuvent donner lieu au versement par la Mutuelle des prestations correspondantes.
Ce délai court à compter de la date :
- de la prescription médicale qui figure sur le décompte ou avis des sommes à payer émis par le régime obligatoire dans la colonne « date de soins ou des actes »,
- s'agissant de l'optique, celle visée sur la facture de l'opticien ;
- s'agissant du dentaire, celle d'exécution des soins ;
- s'agissant de la prothèse dentaire, celle d'exécution des soins.

ARTICLE 35 - PAIEMENT DES PRESTATIONS
Les prestations sont réglées par virement sur un compte bancaire. En conséquence, les membres participants doivent, dès leur inscription ou en cas de modification fournir un relevé d'identité bancaire. Chaque ayant droit pourra demander le versement de ses prestations sur son propre compte bancaire. En cas de retard de paiement des cotisations de plus de dix jours, le paiement des prestations est suspendu en application de l'article 14.5.
En conformité avec les textes, le paiement des prestations est suspendu en cas de suspicion de fraude pouvant donner lieu à un blanchiment d'argent ou participer au financement du terrorisme.

ARTICLE 36 - RELEVÉ DES PRESTATIONS PAYÉES
Le paiement des prestations est effectué régulièrement, et les membres participants en sont informés par l'envoi d'un relevé périodique descriptif détaillé les avisant du montant et de la date de chaque règlement effectué. Ce relevé vaut pièce justificative auprès des organismes sociaux ou mutualistes. Le mode de réception du relevé de prestations payées est laissé au choix du membre participant. Il peut recevoir son bordereau par :
- courrier,
- courriel,

consultable et téléchargeable depuis son espace adhérent sécurisé via le site internet de la Mutuelle.

ARTICLE 37 - MEMBRE PARTICIPANT BÉNÉFICIANT DE L'EXONÉRATION DU TICKET MODÉRATEUR
Les membres participants bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur (100 %) à quelque titre que ce soit, ne peuvent prétendre à un complément de remboursement sauf si sa garantie prévoit une prise en charge des dépassements d'honoraires.
Ils doivent néanmoins fournir à la Mutuelle leur attestation de droits à l'Assurance Maladie notifiant leur exonération pour complétude de leur dossier.

ARTICLE 38 - TIERS PAYANT
Le tiers payant permet aux membres participants d'obtenir sur la base du tarif de responsabilité de la sécurité sociale, sans aucune avance de fonds, la délivrance des médicaments ou des actes médicaux prescrits par le Médecin traitant.
Il est également pratiqué sur les dépenses de santé liées à l'hospitalisation, l'optique, le dentaire et l'auditif, pour lesquels un accord préalable de prise en charge est nécessaire conformément à l'article 33.
L'utilisation de la carte de tiers payant par un membre participant dont l'adhésion est suspendue ou résiliée constitue un délit pouvant entrainer des poursuites. Il en est de même pour les actes acquittés directement auprès des professionnels de santé.
La Mutuelle ne saurait être tenue pour responsable en cas de refus de tiers payant par un professionnel de santé.
Les cartes de tiers payant doivent être restituées à la Mutuelle ou à défaut les membres participants doivent attester de leur destruction par écrit en cas de résiliation, radiation, ou exclusion.

ASSISTANCE LIEE A LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 39 - GARANTIE ASSISTANCE
Conformément à l'article 3 de ses statuts, et aux articles L.116-1 et L. 221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle présente une garantie « Assistance ». Cette garantie d'assistance est incluse dans l'ensemble des formules proposées par

la Mutuelle. La notice d'information relative à cette garantie est remise au membre participant au moment de la souscription à l'offre santé et en cas de modification de la garantie assistance.

FONDS DE SECOURS

ARTICLE 40 - COMMISSION DE FONDS DE SECOURS MUTUALISTE

Il est institué au sein de la Mutuelle, un fonds de secours dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée Générale.
Ce fonds est géré par une commission composée de droit du Trésorier Général ou du Trésorier Adjoint, de membres désignés par le Conseil d'Administration et de salariés de la Mutuelle en charge de constituer les dossiers.
Ce fonds est destiné à allouer une participation financière exceptionnelle pour pourvoir à la prise en charge de certains actes ou appareils, à des aménagements de domicile suite à une perte d'autonomie ou handicap au vu de justificatifs produits par le membre participant, dont la situation de santé, morale ou financière est jugée particulièrement digne d'intérêt. La commission est accessible qu'après l'expiration d'un délai d'un an d'adhésion au sein de la Mutuelle. Une charte de fonctionnement de la commission est à la disposition des membres participants sur simple demande. En aucun cas ces prestations ne peuvent permettre la prise en charge de soins ou actes entrant en contradiction avec le contrat responsable.

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 41 - COMMUNICATION DES INFORMATIONS RELATIVES AUX FRAIS DE GESTION ET DU RAPPORT PRESTATIONS/COTISATIONS

La Mutuelle communique annuellement avec l'avis d'échéance de cotisations, à chacun de ses membres participants :
- le ratio, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais de santé et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties ;
- le ratio, exprimé en pourcentage, entre le montant total des frais de gestion de la Mutuelle au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes ;
- la composition des frais de gestion de la Mutuelle.

ARTICLE 42 - GESTION ELECTRONIQUE DES DOCUMENTS

De convention expresse, il est stipulé que la Mutuelle conserve en original et en archives, les fiches d'informations et de conseil, les bulletins d'adhésion valant contrats et les éléments probants (récépissés de recommandés) pour valoir avenant au contrat d'adhésion initial, les mandats de prélèvement SEPA, et les demandes de résiliation.
Tous les autres documents adressés par le membre participant à la Mutuelle et inversement sont archivés électroniquement sur son dossier pour une durée maximale fixée en fonction de la nature du traitement et de sa finalité.

ARTICLE 43 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées par la Mutuelle agissant en qualité de responsable de traitement dans le cadre de la passation et de la gestion de l'adhésion du membre participant à la Mutuelle et au règlement mutualiste, de l'exécution d'opérations techniques nécessaires à la mise en œuvre des garanties et des prestations, de la gestion des réclamations et du contentieux, de l'organisation d'actions de prévention, de l'élaboration d'enquête et de gestion de la satisfaction, du contrôle interne, des actions commerciales, de la lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et plus généralement à des fins d'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.
Tout membre participant et ayant droit dispose d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données personnelles le concernant, sous réserve que la Mutuelle puisse continuer à gérer ses cotisations et prestations.
Sous la même réserve, il a également la possibilité de s'opposer ou de demander une limitation du traitement de ses données.
L'ensemble de ces droits peut être exercé par mail à dpo@mutuellelmp.fr ou par courrier au délégué à la protection des données de la Mutuelle Les Ménages Prévoyants - 7/11, rue Albert Sarraut 78000 Versailles.
Pour disposer d'informations plus complètes sur les fondements légaux des traitements, les destinataires des données, les durées de conservation, ainsi que toutes autres informations sur leurs droits, les membres participants peuvent consulter la rubrique « Données personnelles » sur le site internet de la Mutuelle. S'ils estiment, après avoir contacté la Mutuelle, que leurs droits informatique et libertés ne sont pas respectés, ils peuvent adresser une réclamation à la CNIL.

ARTICLE 44 – TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

La Mutuelle a mis en place une procédure de traitement des réclamations visant à garantir le respect de la protection de la clientèle pendant toute la vie du contrat.
Ainsi, pour toute réclamation concernant capplication du présent règlement, le membre participant peut en faire part par écrit, à la Mutuelle soit :
- par courrier, à l'adresse suivante :

Les Ménages Prévoyants – Service réclamations
7/11 rue Albert Sarraut, 78000 Versailles,

- depuis son espace adhérents via « Nous contacter » en sélectionnant « Réclamation » dans le sujet de sa demande,
- ou par courriel, sur le site internet suivant :

www.mutuellelmp.fr
(onglets : La Mutuelle LMP puis Réclamation et Médiation puis cliquer sur email en précisant
« Réclamation » dans l'objet de votre demande).
La Mutuelle accuse réception de la réclamation sous dix jours ouvrés maximum à compter de la date de réception de la demande qui doit être obligatoirement effectuée par écrit (courriel et/ou courrier), sauf si elle peut apporter la réponse à l'adhérent dans ce délai. La réponse à la réclamation est communiquée à l'adhérent dans un délai n'excédant pas deux mois à compter de sa réception par la Mutuelle.
Le membre participant ou les ayant droits qui ont fait une réclamation écrite peuvent saisir dans l'année qui suit la réclamation le Médiateur de la Mutualité Française qui étudiera la situation et rendra une décision que la Mutuelle s'engage à étudier avant de rendre sa position. La demande est adressée à l'adresse suivante :
- soit par voie postale à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15

- soit sur son site internet :

https://www.mediateur-mutualite.fr/

Le règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française est également accessible sur son site internet.

ARTICLE 45 - AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION

Conformément à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Tableau de garanties

(1) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

*Tels que défini règlementairement par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019

(2) Verres simples : foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

(3) Verres complexes : foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

(4) Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

Garanties responsables applicables au 1er janvier 2022 **% exprimé en BRSS** (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale) incluant la prise en charge de la SS			Taux Sécurité Sociale	SS + START	SS + OPEN	SS + RELAX	SS + COSY	SS + BEST
SOINS COURANTS								
Honoraires médicaux Généralistes, Spécialistes, Visites, Actes techniques médicaux	En parcours de soins	Médecin DPTAM (1)	70%	100%	125%	150%	175%	200%
		Médecin non DPTAM	70%	100%	105%	130%	155%	180%
	Hors parcours de soins	Médecin DPTAM	30%	60%	60%	60%	60%	60%
		Médecin non DPTAM						
Honoraires paramédicaux Soins infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc			60%	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			60%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			15% à 65%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			-	60€/an	60€/an	60€/an	60€/an	60€/an
Vaccins Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			-	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Matériel médical Grands et petits appareillages pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			60%	100%	125%	150%	175%	200%
Cures thermales Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, forfait versé uniquement sur présentation de la facture nominative des frais d'hébergement			65%	100%	100%	100% + 150€/an	100% + 230€/an	100% + 300€/an
Soins à l'étranger Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			70%	100%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE								
Soins et prothèses 100% santé*			70%	Frais réels, dans la limite des honoraires limites de facturation				
Soins et prothèses hors 100% santé								
Soins Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			70%	100%	100%	100%	100%	100%
Inlay-Onlay Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			70%	125%	150%	200%	250%	300%
Prothèses Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, panier libre et panier maitrisé Au-dela des plafonds, le remboursement est limité à 100% du BRSS			70%	125% Plafond limité à 1000€/an	150% Plafond limité à 2000€/an	200% Plafond limité à 3000€/an	250% Plafond limité à 4000€/an	300% Plafond limité à 4000€/an
Forfait pour les implants Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			-	-	100€/an	200€/an	300€/an	400€/an
Actes non pris en charge par le régime obligatoire Dents provisoires, rebasage, parodontologie, orthodontie adulte non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			-	-	150€/an	200€/an	250€/an	300€/an
Orthodontie Prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, remboursement versé au semestre			100%	125%	150%	200%	250%	300%
OPTIQUE Prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans sauf : - pour les enfants < 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 équipement par an), - pour les enfants < 16 ans en cas d'évolution de la vue (à tout moment pour le renouvellement des verres uniquement sur prescription ophtalmologique), - pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage (1 équipement tous les 6 mois), - en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (à tout moment pour le renouvellement des verres uniquement sur prescription ophtalmologique). Dans toutes les situations, prise en charge de la monture plafonnée à 100€.								
Equipements 100% santé*			60%	Frais réels, dans la limite des prix limites de vente				
Equipements hors 100% santé								
Equipement simple (2) Monture et verres simples		Adultes	60%	100 €	125 €	150 €	200 €	250 €
		Enfants < à 16 ans	60%	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €
Equipement complexe (3) et très complexe (4) Monture et verres complexes ou verres très complexes ou verres mixtes avec un verre complexe (un verre complexe + un verre très complexe)		Adultes	60%	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €
		Enfants < à 16 ans	60%	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Equipement mixte Monture et verres mixtes avec un verre simple (un verre simple + un verre complexe ou un verre simple + un verre très complexe)		Adultes	60%	150 €	200 €	225 €	300 €	375 €
		Enfants < à 16 ans	60%	150 €	200 €	225 €	265 €	300 €
Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Prestations d'adaptation, d'appairage, de prismes			60%	100%	100%	100%	100%	100%
Lentilles Prises en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire		Adultes	60%	100% + 50€/an	100% + 60€/an	100% + 75€/an	100% + 100€/an	100% + 175€/an
		Enfants < à 16 ans	60%	100% + 30€/an	100% + 40€/an	100% + 50€/an	100% + 75€/an	100% + 100€/an
Chirurgie réfractive Forfait pour les 2 yeux en cas de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatisme et de presbytie			-	-	100€/an	150€/an	200€/an	300€/an
AIDES AUDITIVES Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans								
Equipements 100% santé*			60%	Frais réels, dans la limite des prix limites de vente				
Equipements hors 100% santé								
Aide auditive Prise en charge dans la limite de 1700 € par aide auditive, remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire inclus			60%	100% par aide auditive	100% + 100€ par aide auditive	100% + 200€ par aide auditive	100% + 300€ par aide auditive	100% + 400€ par aide auditive
Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Piles, embout, etc			60%	100%	100%	100%	100%	100%

(1) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Les formules proposées sont dites "responsables et solidaires". L'ensemble des garanties s'entend dans le respect du parcours de soins dans les contraintes fiscales et sociales générées par les contrats responsables. Sauf exception, la Mutuelle prend en charge l'intégralité du ticket modérateur, même en cas d'atteinte du plafond de garantie. Les forfaits sont alloués par bénéficiaire et par année civile, sauf mention contraire. La Mutuelle intervient dans la limite des frais engagés.

Garanties responsables applicables au 1er janvier 2022 **% exprimé en BRSS** (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale) incluant la prise en charge de la SS		Taux Sécurité Sociale	SS + START	SS + OPEN	SS + RELAX	SS + COSY	SS + BEST
HOSPITALISATION							
Frais de séjour		80%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires Chirurgiens / Anesthésistes	Médecin DPTAM (1)	80% à 100%	100%	150%	175%	200%	250%
	Médecin non DPTAM	80% à 100%	100%	130%	155%	180%	200%
Forfait journalier hospitalier Hors maisons d'accueil spécialisées (MAS) et établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)		-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière En médecine, chirurgie et obstétrique		-	-	50€/jour/illimité	60€/jour/illimité	70€/jour/illimité	80€/jour/illimité
Chambre particulière Hors médecine, chirurgie et obstétrique		-	-	50€/jour Limité à 30 jours/an	60€/jour Limité à 30 jours/an	70€/jour Limité à 30 jours/an	80€/jour Limité à 30 jours/an
Chambre ambulatoire En et hors médecine, chirurgie et obstétrique		-	-	25€/jour/illimité	30€/jour/illimité	35€/jour/illimité	40€/jour/illimité
Lit accompagnant Uniquement pour les accompagnants d'enfants âgés de - de 12 ans ou d'adultes âgés de + de 70 ans		-	-	25€/jour/illimité	30€/jour/illimité	35€/jour/illimité	40€/jour/illimité
Confort hospitalier Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-	2€/jour Limité à 60 jours/an	2€/jour Limité à 60 jours/an	2€/jour Limité à 60 jours/an	2€/jour Limité à 60 jours/an
Chirurgie oculaire Glaucome, DMLA hors compléments alimentaires, Cataracte		100%	100%	100% + 100€/an	100% + 150€/an	100% + 200€/an	100% + 300€/an
Forfait sur les actes lourds		-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport		65%	100%	100%	100%	100%	100%
APPAREILLAGE							
Prothèses mammaires Prise en charge limitée à 2 prothèses par an		100%	100% + 100€/an	100% + 150€/an	100% + 200€/an	100% + 250€/an	100% + 300€/an
Prothèse capillaire Prise en charge limitée à 1 prothèse par an		100%	100% + 100€/an	100% + 150€/an	100% + 200€/an	100% + 250€/an	100% + 300€/an
ACTES DE PREVENTION							
Tous les actes de prévention pris en charge par la Sécurité Sociale Prise en charge limitée à 2 actes par an		0 à 70%	100%	100%	100%	100%	100%
LES + LMP							
Ostéodensitométrie Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	20€/an	20€/an	20€/an	20€/an	20€/an
Médecines douces Toutes medecines douces non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-	50€/an	100€/an	150€/an	200€/an
Consultation de psychologue Forfait uniquement sur présentation de la facture et dans le respect du parcours de soins		-	40€ par séance Limité à 4 séances/an	40€ par séance Limité à 4 séances/an	40€ par séance Limité à 4 séances/an	40€ par séance Limité à 4 séances/an	40€ par séance Limité à 4 séances/an
Consultation Podologue-Pédicure Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-	30€/an	40€/an	50€/an	60€/an
Consultation Diététicien-Nutritionniste Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-	30€/an	40€/an	50€/an	60€/an
Contraceptifs Tous types de contraceptifs non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-	20€/an	40€/an	60€/an	80€/an
Sevrage tabagique Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-	20€/an	30€/an	40€/an	50€/an
Pratique du sport sur ordonnance Forfait versé uniquement sur présentation de la facture et de l'ordonnance		-	50€/an	75€/an	100€/an	125€/an	150€/an
Assistance santé et vie quotidienne		-	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus
Commission de Fonds de secours		-	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus
Téléconsultation MEDAVIZ		-	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus
Deuxièmeavis.fr Obtenez l'avis d'un médecin expert de votre problème de santé		-	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus
Réseau de soins Carte Blanche		-	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus
Services digitaux Application mobile, extranet personnalisé, paiement en ligne, newsletter		-	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus
Bulletin d'information trimestriel RECIPROQUE		-	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus

Assistance Notice d'information

La MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE LES MÉNAGES PRÉVOYANTS a souscrit le contrat collectif **n° F 17 S 0508**, au profit de ses Adhérents et auprès de **FILASSISTANCE**, afin de faire bénéficier ces derniers de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE**, Société Anonyme au capital de 3 500 000 €, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD.

A. CADRE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

1. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	0810 078 278 (0,06 € la minute + le coût d'un appel local selon opérateur) ou 01 70 36 41 22 (numéro non surtaxé)
	+ 33 1 70 36 41 22 (depuis l'étranger)
Télécopie	01 47 11 24 63
Adresse email	assistance@filassistance.fr
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud

2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1 Délivrance des prestations FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en oeuvre les prestations garanties, après accord préalable et sauf stipulation contraire, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés).Le Bénéficiaire ou son entourage doit impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone suivant : 0810 078 278 ou 01 70 36 41 22 préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours à compter de la survenance de l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat F17 S 0508. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE.À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée. En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

2.2. Conditions d'ordre médical Le choix des moyens à mettre en oeuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire l'avis du médecin traitant.Les montants de prise en charge, la durée de mise en oeuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.Afin de permettre à l'équipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance. Les pièces médicales devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du service médical de FILASSISTANCE.

2.2. CONDITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS « SANTÉ » ET INFORMATIONS « JURIDIQUE ET VIE PRATIQUE »

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone du lundi au vendredi de 9 h 00 à 18 h 00 (hors jours fériés) sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite. FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un délai maximal de 72 heures.La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

• D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),• Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées. La prestation d'« informations santé » a pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter l'Adhérent et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). Les prestations d'informations « juridique et vie pratique » dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc. Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire et ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

3. QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) et ascendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute autre personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci- dessous.

4. OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

Les garanties d'assistance fournies par FILASSISTANCE s'appliquent en France telle que définie ci-dessous. Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.

5. QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?

La présente Notice prend effet à compter du 1er mars 2017 et couvre les événements garantis survenus au plus tôt à compter de cette date.Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion au contrat LES MÉNAGES PRÉVOYANTS, sous réserve du règlement de la cotisation correspondante.

Toutefois, le droit à garantie auprès de FILASSISTANCE cesse pour chaque Adhérent : En cas de cessation de l'adhésion au contrat LES MÉNAGES PRÉVOYANTS ;

En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° F 17 S 0508 ; En cas de non-paiement de la cotisation conformément aux dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances.

B. DÉFINITIONS

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.

Actes de la vie quotidienne : Se lever/se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son domicile

Adhérent/Assuré : Toute personne physique, adhérant à la Mutuelle Interprofessionnelle Les Ménages Prévoyants, bénéficiaire du contrat collectif d'assistance n° F 17 S 0508.

AGGIR : Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

Aidant : Personne qui assiste l'Adhérent en état de dépendance ou de handicap. L'aidant apporte une aide quotidienne à l'Adhérent dépendant ou handicapé pour les actes de la vie quotidienne. Sauf clause contraire, l'Aidant devra avoir le même domicile ou visiter quotidiennement à domicile l'Adhérent dépendant ou handicapé.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, le repassage, l'aide aux repas ainsi que les courses de proximité.

Animaux de compagnie : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull-terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

Assuré aidant : L'Adhérent qui assiste un proche en état de dépendance ou de handicap. L'Assuré aidant apporte une aide quotidienne à son proche dépendant ou handicapé pour les actes de la vie quotidienne. Sauf clause contraire, l'Assuré aidant devra avoir le même domicile ou visiter quotidiennement à domicile son proche dépendant ou handicapé.

Atteinte corporelle : Blessure ou maladie causant une dégradation significative de l'état de santé de l'Adhérent qui fait courir un risque élevé de séquelles invalidantes ou de décès si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Auxiliaire de vie : Intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son domicile.

Bénéficiaire : Toute personne désignée à l'article 3 du paragraphe A, ci-avant.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° F 17 S 0508.

Dépendance/Perte d'autonomie : État de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe

GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.
Dépendant : Le proche de l'Adhérent qui est reconnu dépendant (équivalent GIR 4 au sens de la grille AGGIR).
Domicile : Le foyer fiscal, la résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion, ou la résidence secondaire
Équipe médicale : Médecins de FILASSISTANCE.
Événement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE.
France : France métropolitaine y compris la Corse et la Principauté de Monaco.
Handicap : Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).
Hospitalisation : Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical.
Immobilisation : État d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile. Maladie : Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.
Maladie soudaine : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, non consécutive à une maladie préexistante, constatée par une autorité médicale compétente.
Titre de transport : Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1re classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.
Zone de résidence : Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine y compris la Corse et la Principauté de Monaco zone couvrant la France métropolitaine, la Corse et la Principauté de Monaco.

C. PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance qui suivent seront octroyées sous les conditions et dans les limites prévues par le tableau de synthèse des garanties (chapitre E).

1. INFORMATIONS JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

Renseignements réglementaires
• Justice/défense/recours : à qui vous adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, etc.• Sociétés/commerçants/artisans/affaires : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation.
• Assurances sociales/allocations/retraites : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, etc.
• Impôts/fiscalité : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, etc.
• Famille : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, etc.

Renseignements vie pratique
• Habitation/logement : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter, etc.
• Consommation : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) etc.
• Vacances/loisirs : Vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravaning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3e âge, vacances à l'étranger, votre argent en vacances, etc.
• Formalités/cartes/permis : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, etc.
• Les services publics : EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ? À qui s'adresser ? Comment ?
• Enseignement/formation : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, etc.

Renseignements divers dépannage
FILASSISTANCE recherche et communique les numéros d'appel téléphoniques :
• des taxis, gares SNCF, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, etc.• des entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km du domicile, telles que : plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, etc.
Cette prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros de téléphone. FILASSISTANCE ne saurait, en aucun cas, recommander une entreprise, ni être responsable de la qualité du travail exécuté par le réparateur ou de la rapidité de son intervention.
Les éventuels frais engagés seront à la charge de l'Adhérent.

2. INFORMATIONS SANTÉ

FILASSISTANCE fournit à l'Adhérent un service d'informations santé portant sur les domaines suivants :
• Prévention : vaccinations, prévention bucco-dentaire, allergies, diététique, dépistage et prévention des cancers, des maladies cardio-vasculaires... ;
• Mode de vie : facteurs de risques et hygiène de vie (tabac, drogue, alcool, pollution, alimentation)... ;
• Techniques nouvelles : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, transplantations et greffes... ;
• Données administratives : aides au maintien à domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées... ;
• Examens médicaux : information sur la nature des divers examens et analyse (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographie)... ;
• Coordonnées utiles : centres de consultation spécialisés, associations de patients, établissements spécialisés (rééducation, désintoxication thermalisme).
Sans se substituer au médecin traitant, FILASSISTANCE peut aussi répondre aux questions générales d'ordre médical ou diététique (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone).
FILASSISTANCE aide à la recherche, en accord avec le médecin traitant, des centres de cures spécialisés en France correspondants à l'état de santé de l'Adhérent.

3. RECHERCHE D'UN MÉDECIN, D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN INTERVENANT PARAMÉDICAL

En l'absence de médecin traitant, FILASSISTANCE apporte son aide à l'Adhérent pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical, au domicile de l'Adhérent. En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible.Les frais de visite restent à la charge de l'Adhérent.

4. ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS

FILASSISTANCE organise l'acheminement des médicaments au domicile de l'Adhérent, si celui-ci est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. Cette garantie s'applique si l'Adhérent ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le simple renouvellement d'ordonnance. FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 km autour du domicile de l'Adhérent, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.
Le coût du ou des médicaments ainsi que les frais d'acheminement seront pris en charge financièrement par l'Adhérent.

5. TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS

En cas de besoin, FILASSISTANCE se charge de transmettre les messages urgents de l'Adhérent ou de son Conjoint à leurs proches. D'une manière générale la retransmission des messages est subordonnée à :
• une justification de la demande,• une expression claire et explicite du message à retransmettre,
• une indication précise des noms, prénoms, adresse complète et éventuellement, numéro de téléphone de la personne à contacter. Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité de l'Adhérent ou de son Conjoint.

6. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue et les frais d'hébergement d'un proche, habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent, afin de lui permettre de se rendre au chevet de la personne désignée dans le tableau de synthèse.

7. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint, restés seuls au domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :
• La garde à domicile ;• OU l'accompagnement des enfants à l'école ;• OU le transfert accompagné de ces enfants, chez un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent ;• OU la venue d'un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au domicile.

8. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint vivant habituellement au domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :
• La garde à domicile ;• OU le transfert accompagné de ces personnes, chez un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent ;• OU la venue d'un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au domicile.

9. AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge une aide à domicile, dans les conditions prévues dans le tableau de synthèse ci-dessous.Un certificat médical devra être adressé à FILASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie.
La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.

10. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si personne n'est en mesure de s'occuper des animaux de compagnie de l'Adhérent, FILASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilettage et frais de soins vétérinaires) leur garde à l'extérieur ou leur entretien à domicile, sous réserve que ceux-ci aient été vaccinés.

11 TÉLÉASSISTANCE POUR SÉCURISER LA CONVALESCENCE

L'Adhérent âgé de 65 ans et plus ayant effectué un séjour à l'hôpital de plus de 10 jours pourra demander à bénéficier de la mise à disposition d'un service de téléassistance à domicile (Prévifil) à compter de son retour au domicile pour une durée de 3 mois maximum. À tout Adhérent âgé de 75 ans et plus ayant effectué un séjour hospitalier supérieur à 24 heures, FILASSISTANCE proposera la mise à disposition d'un service de Téléassistance à domicile (Prévifil) à compter de son retour au domicile pour une durée de 3 mois maximum.Au-delà de 3 mois, l'Adhérent aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à sa charge.Le service de téléassistance permet de garder contact privilégié avec l'extérieur, d'accéder à des services de proximité et à la fonction de téléassistance. D'un simple geste, l'Adhérent peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :
• Écoute 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée. • Dialogue, si nécessaire, avec une équipe médicale.
• Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence
(sans prise en charge).

12. AIDE A LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE FINANCEMENT D'UN SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE

À la demande de l'Adhérent, une assistante sociale de FILASSISTANCE réalise une évaluation de sa situation et l'aide dans les démarches auprès des organismes concernées (Conseil Général, Caisse de Retraite, Mairie etc.) pour l'obtention d'une aide au financement d'un service de téléassistance.

13. GARDE DE L'ENFANT MALADE OU ACCIDENTE

En cas de maladie soudaine ou d'accident, obligeant un des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint à rester au domicile et si aucune personne ne peut rester à son chevet, FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde à domicile de l'enfant ou la venue d'un proche jusqu'au domicile.
L'appréciation du médecin traitant, certifiant la nécessité de maintien à domicile pour maladie soudaine ou accident, doit être confirmée par l'envoi d'un certificat médical établi avant l'appel préalable de l'Adhérent.
La mise à disposition d'un intervenant ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement.

14. ÉCOLE A DOMICILE

FILASSISTANCE organise et prend en charge, dès le 1er jour d'absence scolaire de l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint, un répétiteur scolaire se déplaçant au domicile

de l'Adhérent, pour lui dispenser des cours préparatoires à la classe terminale dans les matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (1re et 2nde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.
Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 km du domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.
Un certificat médical devra être adressé à l'équipe médicale de FILASSISTANCE avant la mise en oeuvre de la prestation garantie, indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant que l'enfant, ne peut compte tenu de cette maladie/accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

15. AUXILIAIRE DE PUERICULTURE/TECHNICIENNE D'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE (TISF)
FILASSISTANCE prend en charge la visite d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale au domicile de l'Adhérent.

16. ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL
FILASSISTANCE peut mettre l'Adhérent et/ou son Conjoint en relation avec l'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE qui réalisera un bilan de situation du foyer et pourra ensuite l'orienter et l'assister dans les démarches auprès des organismes concernés.

17. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE
L'Adhérent et/ou son Conjoint peut contacter l'équipe médico- psycho-sociale de FILASSISTANCE qui lui assurera une écoute adaptée et/ou l'orientera vers les professionnels assurant une prise en charge psychologique.

18. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERTE D'AUTONOMIE
FILASSISTANCE communique à l'Assuré aidant ou à l'Aidant de l'Adhérent dépendant toutes les informations nécessaires dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un proche ou de l'Adhérent, notamment ses droits et les démarches à effectuer.
De même, FILASSISTANCE met en contact l'Assuré aidant ou l'Aidant de l'Adhérent dépendant avec les organismes concernés

19. ACCOMPAGNEMENT DE L'ADHÉRENT DÉPENDANT
Lorsque l'Aidant de l'Adhérent dépendant, doit s'absenter ou s'il est victime d'un problème de santé, FILASSISTANCE recherche et réalise à sa demande un entretien téléphonique au sujet de l'Adhérent dépendant dont il s'occupe avec pour objectif de l'informer sur les mesures à prendre pour l'aider.
FILASSISTANCE informera l'Aidant de l'Adhérent dépendant sur les différentes modalités de règlement des prestataires de services (paiement direct auprès de prestataires agrées pour bénéficier d'avantages fiscaux, avec ou sans chèque emploi-service universel,...).
À partir de cet échange téléphonique avec l'Aidant de l'Adhérent dépendant, FILASSISTANCE établit un plan d'aide à domicile et organise des services au domicile de son proche dépendant (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère etc.).
Les frais liés aux prestations mises en place pour l'Adhérent dépendant restent à la charge de son Aidant ou de l'Adhérent dépendant.

20. ACCOMPAGNEMENT D'UN PROCHE DÉPENDANT
Lorsque l'Assuré aidant doit s'absenter ou s'il est victime d'un problème de santé, FILASSISTANCE recherche et réalise à sa demande un entretien téléphonique au sujet du proche dépendant dont il s'occupe avec pour objectif de l'informer sur les mesures à prendre pour aider son proche dépendant.
FILASSISTANCE informera l'Assuré aidant sur les différentes modalités de règlement des prestataires de services (paiement direct auprès de prestataires agrées pour bénéficier d'avantages fiscaux, avec ou sans chèque emploi-service universel,...).
À partir de cet échange téléphonique avec l'Assuré aidant, FILASSISTANCE établit un plan d'aide à domicile et organise des services au domicile de son proche dépendant (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère etc.).
Les frais liés aux prestations mises en place pour le proche dépendant restent à la charge de l'Assuré aidant.

21. AIDANT DE REMPLACEMENT
FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une auxiliaire de vie ou d'une aide à domicile, le transfert du proche dépendant au domicile de la personne désignée par l'Assuré aidant ou bien la venue d'un proche désigné par l'Assuré aidant au domicile du proche dépendant pouvant accueillir le proche dépendant.
La personne désignée par l'Assuré aidant doit habiter dans la même zone de résidence de l'Assuré aidant.

22. AIDE A LA CONSTITUTION DE DOSSIER
FILASSISTANCE aide l'Assuré aidant dans la constitution du dossier lié à la dépendance d'un proche devenu dépendant (par exemple pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

23. BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE
À la demande de l'Assuré aidant/l'Aidant de l'Adhérent dépendant ou handicapé, l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés..., réalise un « bilan prévention autonomie ».
Le bilan prévention autonomie de FILASSISTANCE aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillage) et permet à l'Assuré aidant ou à l'Aidant de l'Adhérent dépendant de favoriser le maintien à domicile du proche ou de l'Adhérent dépendant/handicapé et de préserver sa qualité de vie.
L'équipe de FILASSISTANCE délivre des informations et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'Assuré aidant/ l'Aidant de l'Adhérent dépendant dans les démarches de maintien à domicile du proche ou de l'Adhérent dépendant ou handicapé.
En fonction des besoins recensés par l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pourra réaliser un diagnostic plus complet par téléphone sur l'aménagement de son habitat et de son environnement et proposer ainsi des solutions de prévention (pour éviter les hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer l'indépendance, proposition d'aide spécifique au handicap, etc.) en synergie avec de différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, etc..
Les éventuels frais engagés sont à la charge de l'Assuré aidant/ Aidant de l'Adhérent dépendant ou handicapé ou à celle de proche ou de l'Adhérent dépendant ou handicapé.

24. BILAN DE SITUATION
FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une infirmière au domicile de l'Adhérent ou d'un proche dépendant/ handicapé pouvant délivrer des conseils à l'Aidant de l'Adhérent dépendant/handicapé ou à l'Assuré aidant en fonction de la pathologie/état de santé de l'Adhérent ou proche dépendant/ handicapé ainsi que la formation de l'Aidant/Assuré aidant aux gestes à effectuer au quotidien (des bonnes pratiques en matière de prévention, les aspects psychologiques etc.).

25. AIDE A LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS TEMPORAIRES OU PERMANENTS POUR L'ADHÉRENT DÉPENDANT OU HANDICAPE
FILASSISTANCE recherche et indique à l'Adhérent dépendant ou handicapé, les établissements médicaux spécialisés qui peuvent le recevoir de façon temporaire ou permanente, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.
Si l'Adhérent dépendant ou handicapé le souhaite, FILASSISTANCE réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.
Le coût du lit reste à la charge de l'Adhérent dépendant ou handicapé.

26. AIDE A LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS TEMPORAIRES OU PERMANENTS POUR LES PROCHES DÉPENDANTS OU HANDICAPES DE L'ASSURE AIDANT
FILASSISTANCE recherche et indique à l'Assuré aidant les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir de façon temporaire ou permanente son proche dépendant/ handicapé, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.
Si l'Assuré aidant le souhaite, FILASSISTANCE réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.
Le coût du lit reste à la charge de l'Assuré aidant.

27. CONSEIL EN RESSOURCES SOCIALES
L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE aide l'Assuré aidant ou son proche dépendant/handicapé à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa situation financière et sociale.
Selon la situation du proche dépendant/handicapé, FILASSISTANCE conseille sur les financements possibles et l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.
Cet accompagnement personnalisé se termine par un appel de clôture avec l'Assuré aidant ou avec son proche dépendant/ handicapé afin de faire le bilan sur sa situation et sur les aides financières et prestations sociales perçues.

28. TRANSPORT POUR UN EXAMEN OU UN RENDEZ-VOUS MÉDICAL
FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'Adhérent dépendant ou handicapé lieu du rendez- vous situé dans un rayon de 50 km autour du domicile.

29. MAINTIEN DANS L'EMPLOI DE L'ADHÉRENT DÉPENDANT OU HANDICAPE
FILASSISTANCE informe et oriente l'Aidant de l'Adhérent dépendant/ handicapé ou l'Adhérent dépendant/handicapé dans sa démarche de maintien dans l'emploi dans les domaines suivants :
• Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle du dossier MDPH, renseignements sur les accords de branche ou d'entreprise (mission handicap,...),• Conseils et orientation vers les structures de maintien dans l'emploi notamment le SAMETH, l'AGEFIPH,... pour une étude ergonomique ou autre du poste de travail, de l'aménagement extérieur, intérieur,
• Informations sur les rôles de la médecine du travail, du médecin conseil, des services sociaux, sur les processus de retour à l'emploi, les aides possibles aussi bien en termes d'aménagement de poste de travail que de temps partiel ou d'allocation financière.

30. MAINTIEN DANS L'EMPLOI D'UN PROCHE DÉPENDANT OU HANDICAPE DE L'ASSURE AIDANT
FILASSISTANCE informe et oriente l'Assuré aidant ou son proche dépendant/handicapé dans sa démarche de maintien dans l'emploi
dans les domaines suivants :• Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle du dossier MDPH, renseignements sur les accords de branche ou d'entreprise (mission handicap,...),• Conseils et orientation vers les structures de maintien dans l'emploi notamment le SAMETH, l'AGEFIPH,... pour une étude ergonomique ou autre du poste de travail, de l'aménagement extérieur, intérieur,...• Informations sur les rôles de la médecine du travail, du médecin conseil, des services sociaux, sur les processus de retour à l'emploi, les aides possibles aussi bien en termes d'aménagement de poste de travail que de temps partiel ou d'allocation financière.

31. AMÉNAGEMENT DU DOMICILE OU DU VÉHICULE DE L'ADHÉRENT DÉPENDANT OU HANDICAPE
FILASSISTANCE organise l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement de l'Adhérent dépendant ou handicapé.
Il est à la disposition de l'Adhérent dépendant ou handicapé dans les domaines suivants :
• conseils sur l'adaptation du logement,• aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,• renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations.
Les frais liés à l'intervention du spécialiste sont à la charge de l'Aidant de l'Adhérent dépendant ou handicapé ou de l'Adhérent dépendant ou handicapé.

32. AMÉNAGEMENT DU DOMICILE OU DU VÉHICULE DU PROCHE DÉPENDANT OU HANDICAPE DE L'ASSURE AIDANT
FILASSISTANCE organise l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement du proche dépendant ou handicapé de l'Assuré aidant.
• Il est à la disposition du proche dépendant ou handicapé de l'Assuré aidant dans les domaines suivants :• conseils sur l'adaptation du logement,• aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés, • renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations.
Les frais liés à l'intervention du spécialiste sont à la charge de l'Assuré aidant ou de son proche dépendant/handicapé.

D. CADRE RÉGLEMENTAIRE

1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS
Sous réserve que l'Adhérent soit éligible aux prestations d'assistance, FILASSISTANCE délivre et prend en charge lesdites prestations telles que prévues ci-après. Dans le cas où un Adhérent serait contraint d'avancer des frais, pour lesquels FILASSISTANCE a donné son accord préalable, et afin d'obtenir le remboursement de ces dépenses, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que

FILASSISTANCE jugerait utile.
Le règlement desdits frais engagés par l'Adhérent, interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par FILASSISTANCE, sauf contestation notifiée à la personne concernée.
Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

2. SUBROGATION
Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.
L'Adhérent doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

3. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS
Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant à la présente Notice, l'Adhérent consent à ce traitement informatique.
Dans ce cadre, l'Adhérent est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises aux prestataires ou sous- traitants liés contractuellement à FILASSISTANCE intervenants pour l'exécution des garanties d'assistance.
Conformément à la loi du 6 janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n° 2004- 801 du 6 août 2004, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès et de modification relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il devra adresser sa demande, accompagnée d'une copie (recto/verso) de sa pièce d'identité, à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE – Correspondant CNIL
108, Bureaux de la Colline 92213 SAINT-CLOUD CEDEX
Ou
cil@filassistance.fr

L'Adhérent peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

4. RESPONSABILITÉ
FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. À ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra à l'Adhérent, de prouver la défaillance de FILASSISTANCE. FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis de l'Adhérent, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. À ce titre, FILASSISTANCE sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard de l'Adhérent, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.
Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de FILASSISTANCE et un préjudice de l'Adhérent. En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tels que définis par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

5. AUTORITÉ DE CONTRÔLE
FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 61 rue Taitbout — 75436 PARIS cedex 09.

6. RÉCLAMATIONS
Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant :
01 70 36 41 22 qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande. Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :
FILASSISTANCE — Service Réclamations
108, Bureaux de la Colline 92213 SAINT-CLOUD CEDEX
Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, FILASSISTANCE enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci- dessous :
Médiation de l'Assurance
TSA 5011075441 Paris Cedex 09
L'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant

www.mediation-assurance.org

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

7. PRESCRIPTION
Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de la présente Notice sont prescrites par deux (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, que du jour où FILASSISTANCE en a eu connaissance ;• en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'Adhérent contre FILASSISTANCE a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.
En vertu de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et notamment la citation en justice, le commandement de payer, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par FILASSISTANCE à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Adhérent à FILASSISTANCE, en ce qui concerne le règlement des prestations.
Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties.

8. FAUSSE DÉCLARATION
Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.
Les primes payées demeurent alors acquises à FILASSISTANCE, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.
Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

9. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE
La présente Notice est régie par le droit français. Préalablement à toute action en justice, il est convenu que FILASSISTANCE et l'Adhérent rechercheront une solution amiable à leur litige, dans un délai de trente (30) jours, suivant la mise en demeure envoyée par FILASSISTANCE ou l'Adhérent. À défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

10. EXCLUSIONS
FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention. Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhérent ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE :

• des frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ;
• des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
• du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
• de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
• des états résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
• des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
• de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ;
• des cataclysmes naturels ;
• des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
• des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;
• de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
• la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1re année suivant l'adhésion ;
• d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
• toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non

E. TABLEAU DE SYNTHESE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

PRESTATIONS ACCESSIBLES A L'ADHERENT DES SON ADHESION	
Assistance informations	Du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours fériés)
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Informations santé	Informations téléphoniques
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT AU DOMICILE DE L'ADHERENT	
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation sans prise en charge
Acheminement des médicaments	Organisation sans prise en charge
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Transmission des messages urgents	7j/7 et 24H/24
Présence d'un proche au chevet *(si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside à moins de 50 Km du lieu d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint)*	1 titre de transport A/R 2 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 160 € TTC
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
• Garde au domicile	40 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Accompagnement des enfants à l'école	1 A/R par jour pendant 5 jours
• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 titre de transport A/R par évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
Garde ou transfert des ascendants dépendants	
• Garde au domicile	40 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Transfert accompagné des ascendants chez un proche	1 titre de transport A/R par évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs *(mise en place de la prestation pendant l'hospitalisation ou suivant la date de retour au domicile)*
Garde des animaux de compagnie	30 jours maximum
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE RADIOTHERAPIE OU CHIMIOTHERAPIE DE L'ADHERENT OU DE CONJOINT	
Aide à domicile	4 heures réparties sur les 2 jours suivant chaque séance dans la limite de 20 heures sur la durée du traitement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 10 JOURS D'UN ADHERENT AGE DE PLUS DE 65 ANS OU D'UNE HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES D'UN ADHERENT AGE DE 75 ANS OU PLUS	
Téléassistance pour sécuriser la convalescence	Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service gratuit (Prévifil)
Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de téléassistance	Informations téléphoniques
ASSISTANCE AUX ENFANTS	
Aide à domicile *(si l'enfant âgé de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint est hospitalisé)*	20 heures maximum réparties sur 10jours ouvrés/ 1 intervention par année civile et par Adhérent
Présence d'un proche au chevet *(si l'enfant âgé de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint est hospitalisé à plus de 50 Km de son domicile)*	1 titre de transport A/R par évènement 7 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 560 € TTC
Garde de l'enfant malade ou accidenté âgé de moins de 16 ans (2 interventions par année civile pour chaque enfant)	
• Garde au domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
Ecole à domicile *(si l'enfant âgé de l'Adhérent ou de son Conjoint est immobilisé pour une durée supérieure à 15 jours suite à une maladie soudaine ou suite à un accident)*	2 heures maximum/jour jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours *(mise en place de la prestation pendant l'immobilisation)*

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES OU D'UNE IMMOBILISATION A DOMICILE SUPERIEURE A 48 HEURES SUITE A UN ACCIDENT OU A UNE MALADIE SOUDAINE DE LA SALARIEE CHARGEE DE LA GARDE DES ENFANTS	
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
• Garde au domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 titre de transport A/R par évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITE	
Auxiliaire de Puériculture/Technicienne d'intervention sociale et familiale *(en cas de naissance multiple)*	3 heures maximum au cours de la semaine faisant suite au retour au domicile
Aide à domicile *(en cas de séjour supérieur à 8 jours en maternité OU de naissance multiple)*	20 heures réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs suivant le retour de l'Adhérent ou de son Conjoint au domicile
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT, DE MALADIE OU DE DECES D'UN PROCHE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Accompagnement médico-social	Entretien téléphonique
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum *et/ou mise en relation avec un psychologue de ville.*
ACCOMPAGNEMENT PERTE D'AUTONOMIE	
Renseignements sur la perte d'autonomie	Entretiens téléphoniques/Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement psychologique	Ecoute psychologique par téléphone / 3 consultations maximum (par téléphone ou face à face ou remboursement des frais de consultation dans la limite de 60 € TTC
Accompagnement de l'Adhérent dépendant	Entretien téléphonique/Mise en relation sans prise en charge
Aide à la constitution de dossier	Entretiens téléphoniques
Bilan prévention autonomie	Entretiens téléphoniques
Bilan de situation *(en cas de changement de GIR ou d'handicap d'un Adhérent)*	3 heures par Adhérent dépendant/handicapé
Aide à la recherche d'établissements temporaires ou permanents pour l'Adhérent dépendant ou handicapé	Entretiens téléphoniques
Conseil en ressources sociales	Entretiens téléphoniques
Transport pour un examen ou un rendez-vous médical de l'Adhérent dépendant ou handicapé	2 fois par an
Maintien dans l'emploi de l'Adhérent dépendant ou handicapé.	Entretiens téléphoniques
Aménagement du domicile ou du véhicule de l'Adhérent dépendant ou handicapé	Organisation sans prise en charge
AIDE AUX AIDANTS	
Renseignements sur la perte d'autonomie	Entretiens téléphoniques/Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement psychologique	Ecoute psychologique par téléphone / 3 consultations maximum (par téléphone ou face à face ou remboursement des frais de consultation dans la limite de 60 € TTC
Accompagnement d'un proche dépendant de l'Assuré aidant	Entretien téléphonique/Mise en relation sans prise en charge
Aidant de remplacement *(En cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 24 heures ou d'immobilisation supérieure à 5 jours de l'Assuré aidant)*	
• Auxiliaire de vie ou d'une aide à domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours
• Ou Transfert accompagné du proche dépendant ou handicapé chez la personne désignée par l'Assuré aidant	1 titre de transport A/R
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile du proche dépendant	1 titre de transport A/R
Services d'assistance «à la carte » (en cas d'entrée en dépendance d'un proche de l'Adhérent)	Mise en relation sans prise en charge
Aide à la constitution de dossier	Entretiens téléphoniques
Bilan prévention autonomie	Entretiens téléphoniques
Bilan de situation *(en cas de changement de GIR ou d'handicap d'un proche de l'Assuré aidant)*	3 heures par Assuré aidant
Aide à la recherche d'établissements temporaires ou permanents pour les proches dépendants ou handicapés de l'Assuré aidant	Entretiens téléphoniques
Conseil en ressources sociales	Entretiens téléphoniques
Maintien dans l'emploi d'un proche dépendant ou handicapé de l'Assuré aidant	Entretiens téléphoniques
Aménagement du domicile ou du véhicule du proche dépendant ou handicapé de l'Assuré aidant	Organisation sans prise en charge

Les Ménages Prévoyants

Souriez, vous êtes protégés

Accueil & Renseignements

Agence de Versailles
11 rue Albert Sarraut,
78000 VERSAILLES

Agence de Vincennes
11 rue de la Paix,
94300 VINCENNES

mutuellelmp.fr

Service clientèle
01 39 24 60 00

Réf : DOC – 12/21 – Document non contractuel

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
N°SIREN 785 151 689 - Siège social : 7-11 rue Albert Sarraut - 78000 Versailles

MUTUALITÉ FRANÇAISE