Mon Gustave
le comparateur #malin

Mutuelle Santé

IPID & Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

cocoon
Assurer simplement

DISPOSITIONS PARTICULIERES

CONTRAT RESPONSABLE

100% SANTÉ

LEXIQUE

100% SANTE
Dispositif par lequel les bénéficiaires des prestations peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le régime obligatoire et leur complémentaire santé, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif intègrent le panier 100 % Santé.

ACTES DE PREVENTION
Ces actes sont définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.
Les actes sont les suivants :

1) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) sous réserve que :
- L'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes,
- N'intervienne qu'une fois par dent,
- Soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième (14ème) anniversaire.

2) Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en deux séances maximum) – SC12.
3) Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024) à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4) Dépistage hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5) Dépistage une fois tous les cinq (5) ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes suivants :
- Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010)
- Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
- Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)
- Audiométrie tonale ou vocale (CDQP012)
- Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP002)

6) L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale. La prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les six (6) ans.
7) Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) :
- Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
- Coqueluche : avant 14 ans,
- Hépatite B : avant 14 ans,
- BCG avant 6 ans,
- Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
- Haemophilus influenzae B,
- Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 ans.

BÉNÉFICAIRES DES PRESTATIONS : peuvent être bénéficiaires :

- Toute personne physique âgée de 18 à moins de 80 ans à l'adhésion
- Le conjoint de l'adhérent de moins de 80 ans à l'adhésion
- Les ayants droit de l'adhérent ou de son conjoint âgés de moins de 18 ans
- les ayants droit de l'adhérent ou de son conjoint de 18 ans à 28 ans inclus en cas de poursuite d'études ou s'ils sont fiscalement à charge)

Tous les bénéficiaires doivent être affiliés à un régime obligatoire et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime obligatoire.

CERTIFICAT D'ADHÉSION : C'est le document envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

COUPLE-CONJOINT : Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE : Contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

DISPOSITIONS PARTICULIERES : il s'agit du présent document qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour les demandes de remboursement de prestations. Lorsque le membre participant, travailleur non salarié non agricole, a opté pour le bénéfice de la loi Madelin, les présentes Dispositions Particulières valent Notice d'information contractuelle.

MEMBRE PARTICIPANT : Personne physique qui adhère à la présente garantie.

MUTUELLE : Il s'agit de Miltis, mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité, et assureur du présent contrat.

PRIX LIMITE DE VENTE
Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par le régime obligatoire est assortie d'un prix limite de vente. Les lunettes et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les bénéficiaires des prestations puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garanties du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle interviendra, en complément du remboursement du Régime obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) : Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (Régime général de la Sécurité sociale ; Régime Sécurité sociale des indépendants, Régime des exploitants agricoles, Régimes des salariés agricoles : AMEXA, régime d'Alsace-Moselle, régimes spéciaux).

TICKET MODERATEUR (TM) : Quote-part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime obligatoire.

VERRES SIMPLES : Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.

VERRES COMPLEXES : Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphérocylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.

VERRES TRES COMPLEXES : Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre - 8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime obligatoire.
Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime obligatoire, à l'exception de l'équipement optique dans lequel les forfaits en euros incluent la part du régime obligatoire.
Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année civile.
Toutefois, pour l'équipement optique, les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogation dans les présentes dispositions particulières.
Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.
Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.
Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables" et ses textes règlementaires. De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5	FORMULE 6	FORMULE 7
HOSPITALISATION (Y compris MATERNITE)							
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) DPTAM	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) hors DPTAM	100% BR	105% BR	125% BR	150% BR	180% BR	200% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels						
Transport du malade accepté par le R.O	100% BR						
Frais de séjour secteur conventionné et non conventionné	100% BR						
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux							
Consultation, visites des médecins généralistes DPTAM	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Consultation, visites des médecins généralistes hors DPTAM	100% BR	105% BR	125% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Consultation, visites des médecins spécialistes DPTAM	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Consultation, visites des médecins spécialistes hors DPTAM	100% BR	105% BR	125% BR	150% BR	180% BR	200% BR	200% BR
Radiologie pratiquée par les médecins DPTAM	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Radiologie pratiquée par les médecins hors DPTAM	100% BR	105% BR	125% BR	150% BR	180% BR	200% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (ATM) DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	180% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (ATM) hors DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	105% BR	125% BR	150% BR	175% BR
Honoraires paramédicaux							
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)	100% BR						
Analyses et examens de laboratoire	100% BR						
Pharmacie							
Médicaments pris en charge par le régime de base à 65%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments pris en charge par le régime de base à 30%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel médical							
Prothèses médicales et appareillage (hors prothèses dentaires et aides auditives)	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	150% BR	200% BR	300% BR
DENTAIRE							
Soins et Prothèses 100% santé (Tels que définis réglementairement)	Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.						
Soins et prothèses	Frais Réels						
Prothèses hors 100% santé (paniers libre et maîtrisé) pris en charge par le R.O	Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé						
Soins	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Orthodontie remboursée par le R.O	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires remboursées par RO Actes prothétiques remboursés par le RO (inlays, inlays core, onlays, prothèses sur implant, bridges, prothèses transitoires) Bonus fidélité - les garanties sont portées à : - après la 2ème année d'adhésion: - après la 3ème année d'adhésion:	100% BR 100% BR 100% BR	125% BR 130% BR 135% BR	150% BR 160% BR 175% BR	175% BR 185% BR 200% BR	200% BR 225% BR 250% BR	250% BR 275% BR 300% BR	305% BR 325% BR 350% BR
Plafond dentaire 1ère et 2ème année par an et par bénéficiaire (hors soins) incluant les montants remboursés dans le panier 100 % Santé	-	-	500 €	600 €	700 €	900 €	1 100 €
Plafond dentaire 3e année et années suivantes par an et par bénéficiaire (hors soins) incluant les montants remboursés dans le panier 100 % Santé	-	-	900 €	1 000 €	1 200 €	1 500 €	1 800 €

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5	FORMULE 6	FORMULE 7
OPTIQUE							
La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement (classe A, B ou mixte (1)) composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en classe B et 30 € en classe A, le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre							
Equipements 100% santé (Tels que définis réglementairement)							
Monture et verres (Classe A)	Frais Réels						
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) - Classe B - Tarifs libres							
Equipement verres simples + monture (cf. lexique)	100% BR	130 €	150 €	170 €	190 €	215 €	260 €
Equipement verres complexes + monture (cf. lexique)	100% BR	210 €	220 €	230 €	260 €	320 €	420 €
Equipement verres très complexes + monture (cf. lexique)	100% BR	220 €	240 €	260 €	290 €	350 €	450 €
Bonus fidélité supplément équipement optique							
Après la 2ème année d'adhésion			10 €	15 €	20 €	25 €	30 €
Après la 3ème année d'adhésion			20 €	30 €	40 €	50 €	60 €
Autres prestations sur verres et monture :							
Filtres, prisme et adaptation de la prescription	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres prestations optiques							
Lentilles prescrites, y compris jetables, remboursées par le R.O et non remboursées (2) (par an et par bénéficiaire)	100% BR	100% BR	50 €	60 €	80€	100€	150€
Chirurgie de l'œil (par œil / par an)	-	-	150 €	200 €	250 €	300 €	400 €
AIDES AUDITIVES (prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)							
Prothèses auditives de Classe 1 - 100% Santé tel que définis réglementairement	Frais Réels						
Prothèses auditives de Classe 2 - Panier libre dans la limite de 1 700€/oreille	100% BR	100% BR	100% BR + 100 €	100% BR + 200€	100% BR + 300€	100% BR + 450€	100% BR + 600€
Bonus fidélité supplément aides auditives par oreille							
Après la 2ème année d'adhésion			10 €	15 €	20 €	25 €	30 €
Après la 3ème année d'adhésion			20 €	30 €	40 €	50 €	60 €
Accessoires et frais d'entretien par an et par bénéficiaire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	105% BR	125% BR	150% BR
PREVENTION							
Actes de prévention remboursés par le R.O dans le cadre des contrats responsables (liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

(1) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).
(2) En fonction du niveau souscrit, lorsque le forfait en euros est épuisé, le remboursement des lentilles prescrites et prises en charge par le R.O se fait à hauteur du ticket modérateur.

DISPOSITIONS PARTICULIERES

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet de garantir au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations).
Elle intervient en complément du régime obligatoire.

DELEGATION DE DISTRIBUTION ET DE GESTION

Miltis délègue la distribution et la gestion de ce contrat.
La gestion administrative de la garantie est confiée :
Pour la gestion des adhésions, la vie du contrat et des cotisations à Coverlife, ci-après dénommé le gestionnaire.
Pour la gestion des prestations à Génération, ci-après dénommé le Gestionnaire des prestations.

ADHESION ET VIE DE LA GARANTIE

CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour être assurable au titre de la présente garantie, le membre participant et ses éventuels ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (**hors Monaco**) ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).
Le membre participant doit être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 80 ans au moment de la demande d'adhésion.
Les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie, sauf si chaque membre du couple dispose d'un numéro de sécurité sociale distinct et souhaite un niveau de garantie différent. Dans ce cas, chaque membre du couple complète son propre bulletin d'affiliation.
Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes obligatoires de la protection sociale française (cf. lexique).
Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de complémentaire santé solidaire prévu aux articles L. 861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Le membre participant doit compléter, signer électroniquement et dater la proposition d'assurance indiquant la garantie choisie et les éventuels ayants droit à garantir.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le jour de la demande d'adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1ère cotisation.

DROIT DE RENONCIATION

▪ Le membre participant dispose d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion : à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion en cas de vente par démarchage à domicile (article L.221-18-1 du Code de la mutualité).
Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle ou à l'union si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.
• à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion en cas de vente à distance (article L. 221-18 du Code de la mutualité).
Les coûts exposés par le membre participant pour souscrire à distance (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) restent à sa charge et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :
• si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser au Gestionnaire des prestations les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
• si des cotisations ont été perçues, le Gestionnaire les remboursera au membre participant dans un délai de 30 (trente) jours.

Modalités d'exercice du droit de renonciation
L'adhérent peut exercer sa faculté de renonciation en adressant à Coverlife :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) adressée à l'adresse suivante : Cocoon Assurance, 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 92522 Neuilly -Sur-Seine
- Par Lettre Recommandée Électronique ou courrier électronique adressée à l'adresse suivante : sante@cocoon.fr
- À l'aide du formulaire mis à disposition sur votre Espace Assuré.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de membre participant),…… demeurant à ……...ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (date)……".
A…….. Le ……
Signature

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille.
Aucun délai d'attente ne s'applique sur les garanties.

DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime obligatoire ou dans les cas définis au paragraphe « **cessation des garanties** ». En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.
L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le membre participant doit informer le Gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :
• d'un changement de situation familiale (mariage, décès, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS)) sur présentation d'un justificatif ;
• d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
• d'un changement du département de résidence : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet à compter du changement de département de résidence ;
• d'un changement de compte bancaire débité.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire du bénéficiaire des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par la mutuelle visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant au paragraphe "**Risques exclus**".
Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

HOSPITALISATION
Le forfait journalier hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.
Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :
• les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique;
• les établissements et unités spécialisés :
  - de psychiatrie,
  - de soins de suite,
  - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).
Les séjours en établissements ou unités spécialisés sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.
Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.

MEDICAMENTS
La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr.

FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE
Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100% Santé et les équipements de la classe B hors panier 100% santé.
Les équipements classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée telle que définie par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime obligatoire. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité Sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le membre participant (ou ses ayants droit).
Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge du régime obligatoire.

Lorsque l'assuré choisi une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.

Cas particulier pour les équipements mixtes
Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).
La prise en charge de chacune des composantes de l'équipement optique (monture et verres), se fera à hauteur des forfaits spécifiquement dédiés à chacune d'entre elles (cf. descriptif des prestations).

Conditions de renouvellement
Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les actes du panier 100% santé et pour les actes hors panier 100% santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).
Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

Conditions de renouvellement anticipé
Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :
- Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre),

en cas de presbytie et en présence de variation de la vision - Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres
Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :
- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

Fonctionnement du bonus fidélité des verres (niveaux 3 à 7)
Après 2 années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bénéficiaire des prestations bénéficie d'un bonus de fidélité qui permet d'augmenter son forfait « verre » (verre simple, complexe ou très complexe).
Après 3 années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bonus fidélité augmente.
Les bonus fidélité après la seconde et la troisième année ne se cumulent pas.

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS (HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE)
Les montants exprimés en euros sont alloués par année civile et par bénéficiaire.
Le remboursement ne pourra pas être inférieur au ticket modérateur lorsque les prestations sont prises en charge par le régime obligatoire.

FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'EQUIPEMENT LENTILLES
Les montants exprimés en euros sont alloués par année civile et par bénéficiaire.
Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations incluent le cas échéant 100 % du ticket modérateur. Lorsqu'au cours d'une année, le montant du forfait lentilles est épuisé, le remboursement a lieu à hauteur du ticket modérateur, sous réserve de l'intervention du régime de base.

DENTAIRE
Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100% Santé et les actes hors panier 100% Santé.

Sont visés par les actes du panier 100% Santé les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente), ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime obligatoire.

Sont visés par les actes hors panier 100% Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré).

Plafond dentaire (niveaux 3 à 7)
Le plafond dentaire s'applique sur tous les actes dentaires à l'exception des soins dentaires et de ceux du panier 100% Santé
Une fois le plafond dentaire atteint, le remboursement est limité comme suit :
● au ticket modérateur pour les prothèses dentaires, et l'orthodontie (prise en charge du régime de base inclus) pour les actes du panier hors 100 % Santé,
● la prise en charge des actes du panier 100 % Santé se fera à la hauteur des frais réels, sous déduction des prises en charge du régime de base.
● les actes hors nomenclature ne sont plus remboursés

Le solde d'un plafond non consommé n'est pas cumulable d'une année sur l'autre.

Toutefois, en cas de changement de formule en cours d'année, le montant du plafond consommé est reporté sur le solde du nouveau plafond pour le restant de l'année civile en cours, qu'il s'agisse d'une formule supérieure ou inférieure.

Fonctionnement du bonus fidélité des prothèses dentaires prises en charge par le régime obligatoire (niveaux 2 à 7)
Après 2 années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bénéficiaire des prestations bénéficie d'un bonus de fidélité qui permet d'augmenter son forfait « prothèses dentaires » prises en charge par le régime obligatoire.
Après 3 années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bonus fidélité augmente.
Les bonus fidélité après la seconde et la troisième année ne se cumulent pas.

AIDES AUDITIVES
Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé.
La prise en charge par la Mutuelle des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II.
Conformément à la réforme dite "100 % Santé", les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée telles que définies à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime obligatoire.
A ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime obligatoire et celui opéré au titre de votre Contrat complémentaire dans la limite des prix limites de vente, aucun reste à charge ne sera supporté par le bénéficiaire des prestations.
Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à

charge pourra être supporté par le bénéficiaire des prestations.

Conformément à la réforme dite "100% Santé", la prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I, ou dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime obligatoire.
Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime obligatoire, tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

Fonctionnement du bonus fidélité des aides auditives (niveaux 3 à 7)
Après 2 années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bénéficiaire des prestations bénéficie d'un bonus de fidélité qui permet d'augmenter son forfait « aides auditives ».
Après 3 années d'ancienneté sur le même niveau de garantie, le bonus fidélité augmente.
Les bonus fidélité après la seconde et la troisième année ne se cumulent pas.

MODIFICATION DE LA GARANTIE

Le changement de garantie à la hausse ou à la baisse est autorisé sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins 12 mois dans la garantie précédente (date de souscription ou date du précédent changement de niveau de garantie). pour un effet le 1er jour du 3ème mois suivant sa demande.
Par dérogation à cette règle, la modification de formule à la hausse ou à la baisse prend effet au 1er jour du mois qui suit la demande en cas de changement de situation professionnelle (chômage, perte d'emploi) ou de situation personnelle entraînant le retrait ou l'ajout d'un bénéficiaire (naissance, divorce, mariage, séparation).
La demande de modification de la garantie, adressée au Gestionnaire, devra se faire par lettre recommandée ou recommandé électronique avec avis de réception en respectant un délai de préavis de 2 mois.
Le changement de formule s'applique à l'ensemble des personnes couvertes par le contrat (adhérent et bénéficiaires).

- **En cas de changement pour un niveau supérieur, les bonus de fidélité applicables aux prestations aides auditives, dentaires et optiques sont perdus**.

Exemple : Mme X est assurée pour un niveau 4 depuis deux ans. Elle bénéficie ainsi sur le poste prothèses dentaires prises en charge par le régime obligatoire, d'un bonus fidélité avec une prise en charge à 185% BR, d'un bonus fidélité de 15 € au sein du poste optique et d'un bonus fidélité de 15 € pour les aides auditives (cf. tableau de prestations).
Elle souhaite modifier son contrat et changer pour un niveau 5. Dans ce cas, en changeant de niveau, Mme X bénéficiera de garanties supérieures à son précédent niveau, mais ne bénéficiera plus des bonus de fidélité applicables aux prestations prothèses dentaires, aides auditives et optiques. Afin d'en bénéficier à nouveau, elle devra attendre sa la fin de sa deuxième année d'adhésion sur le niveau 5.

- **En cas de changement pour un niveau inférieur, les bonus de fidélité applicables aux prestations aides auditives, dentaires et optiques sont perdus.**

Exemple : Mme X est assurée pour un niveau 4 depuis deux ans. Elle bénéficie ainsi sur le poste prothèses dentaires prises en charge par le régime obligatoire, d'un bonus fidélité avec une prise en charge à 185% BR, d'un bonus fidélité de 15 € au sein du poste optique et d'un bonus fidélité de 15 € pour les aides auditives (cf. tableau de prestations).
Elle souhaite modifier son contrat et changer pour un niveau 3. Dans ce cas, en changeant de niveau, Mme X bénéficiera de garanties inférieures à son précédent niveau et ne bénéficiera plus de ses bonus de fidélité. Afin d'en bénéficier à nouveau, elle devra attendre la fin de sa deuxième année d'adhésion sur le niveau 3.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES
Les garanties sont accordées dans le monde entier lors des séjours n'excédant pas trois mois par an. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à leur prise en charge par le régime obligatoire en France.
Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.
Les règlements sont effectués en France et en euros.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

TÉLÉTRANSMISSION
Pour que la télétransmission avec le régime obligatoire de l'adhérent soit établie, celui-ci devra transmettre son attestation de Sécurité Sociale au Gestionnaire des prestations.

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, la mutuelle pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime obligatoire.
Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre régime obligatoire. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations de moins de 3 mois délivrées par l'assurance maladie.
Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser au Gestionnaire des prestations les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime obligatoire pour obtenir le règlement des prestations.
Les décomptes doivent être adressés à : Génération :

- l'espace adhérent sur le site generation.fr
- application mobile
- par voie postale : Génération – 29080 QUIMPER Cedex 9

En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique…), le bénéficiaire des prestations doit envoyer au Gestionnaire des prestations les factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire.
Dans tous les cas, la mutuelle peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. **Le refus de communiquer les éléments demandés peut**

entraîner la perte de tous droits aux prestations. Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.
La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime obligatoire sur le décompte.

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de Sécurité sociale, la mutuelle délivre des prises en charge.

TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale.
Le tiers payant est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon accords passés avec les praticiens.
Pour les prestations "Optique, Dentaire, aides auditives et Hospitalisation", la prise en charge évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit, et dans la limite du ticket modérateur pour les autres actes.

RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :
• la guerre civile et étrangère ;
• la désintégration du noyau atomique ;
• la faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire des prestations prouvée par le Gestionnaire ou la Mutuelle Miltis,
• l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.
De plus, ne sont pas pris en charge :
• les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
• les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements;
• les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
• la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime obligatoire ;
• les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

La garantie dite "responsable" ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :
I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-III du Code de la Sécurité sociale ;
II. les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
• la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
• les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

LIMITE DE PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou 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 après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant 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 sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime obligatoire et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat "responsable".

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :
• dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
• en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
• en cas de décès du membre participant ;
• en cas de résiliation par le membre participant à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix du membre participant :
1° Soit par lettre ou tout autre support durable,
2° Soit par déclaration faite au Gestionnaire :
- Cocoon Assurance, 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 92522 Neuilly -Sur-Seine
- Par Lettre Recommandée Electronique ou courrier électronique adressée à l'adresse suivante : sante@cocoon.fr
- via l'espace adhérent sur cocoon.fr
3° Soit par acte extrajudiciaire,

4° Soit, lorsqu'il est proposé la conclusion du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,
5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.
Le Gestionnaire confirme par écrit la réception de la notification. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, le Gestionnaire sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation ;
• en cas de résiliation par le membre participant à l'échéance annuelle au 31 décembre, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, avec un préavis de 2 (deux) mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre)
• A la suite d'une modification du contrat d'assurance, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information au membre participant ;
• en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § « DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ».
Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.
Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un membre participant.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fonction du régime obligatoire, du niveau de garantie, du département de résidence principale du membre participant, de l'âge des bénéficiaires des prestations et du nombre de personnes assurées.
L'âge retenu est par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance du membre participant.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel et trimestriel mais aussi mensuel lorsque le paiement est effectué par prélèvement bancaire.

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'éventuelle évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent évoluer au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la Sécurité sociale, et des résultats du contrat. De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements du régime obligatoire, ou de la législation fiscale ou sociale.

DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle ou son délégataire de gestion adressera au membre participant par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.
Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.
En cas de mise en demeure dans le cadre du non-paiement de tout ou partie de la cotisation due par le membre participant, aucun frais de poursuite et de recouvrement ne sera appliqué à son encontre.

DISPOSITIONS DIVERSES

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation à Miltis, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :
Pour les réclamations relatives aux prestations :

Génération - Service Réclamations - 29080 Quimper cedex 9
Téléphone : 02 98 51 38 00 - Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Pour les réclamations relatives à la vie de l'adhésion (garanties, cotisations, modifications) :

Cocoon Assurance - Service Réclamation - 4 Rue Bertaux Dumas - CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE
sante@cocoon.fr

Le Gestionnaire ou le Gestionnaire des prestations en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.
En cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant pourra saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an à compter de sa réclamation auprès du délégataire de gestionnaire selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : www.mediateur-conso.cmap.fr,
- soit par courrier électronique à : consommation@cmap.fr
- soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 Paris.

Le membre participant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte. Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les informations recueillies par Coverlife et Générations font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement du dossier.

Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude.
Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.
Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de la Mutuelle Miltis, la mutuelle et, le cas échéant, l'intermédiaire en assurances ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Coverlife et Génération prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.
Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer.
En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : à l'attention du DPO, Le Délégué à la Protection des données - Coverlife SAS - 12 rue de Kerogan 29335 QUIMPER CEDEX ou par courriel à dpo@coverlife.fr. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.
Coverlife se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

LOI ET LANGUE APPLICABLES

La loi applicable au présent contrat est la loi française, notamment le Code de la mutualité. La langue utilisée tout au long de la durée du contrat est la langue française.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES APPLICABLES AUX TRAVAILLEURS NON SALARIÉS AYANT OPTÉ POUR LE BÉNÉFICE DE LA LOI MADELIN

Les travailleurs non-salariés, non agricoles peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat, s'ils remplissent les conditions prévues par cette loi. Ils doivent notamment être à jour du paiement des cotisations dues au titre de leurs régimes obligatoires.

Pour ces membres participants, l'adhésion au règlement mutualiste entraîne concomitamment l'adhésion à l'Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance (ANIP).

Lorsque le membre participant a opté pour le bénéfice de la loi Madelin, le présent document constitue la notice d'information contractuelle prévue à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n° MSIM 17 souscrit entre :

- D'une part l'Association Nationale Interprofessionnelles de Prévoyance (ANIP) située au 7/9 Place du Théâtre – 59800 LILLE,

- et d'autre part l'organisme assureur Miltis, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN 417 934 817), dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas - 69003 LYON.

Le contrat est ouvert aux membres de l'association ANIP.

La gestion du contrat est déléguée à Coverlife SAS - 12 rue de Kerogan 29335 QUIMPER CEDEX.

Le niveau de garantie est précisé dans le certificat d'adhésion.

Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion

MENTIONS LEGALES

Coverlife - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.orias.fr

Génération, dont le siège social est 12 bis, rue de Kerogan 29000 QUIMPER - Société par Actions Simplifiée au capital de 102 766,40 € - RCS Quimper 410 069 066 - N° Orias : 07000842 – www.orias.fr.

Miltis - Assureur du contrat
25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • www.mutuelle-miltis.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

SANTÉ / PRÉVOYANCE

Règlement mutualiste

OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité et a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et honoraire et la mutuelle conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la mutualité. Il a été adopté par le Conseil d'Administration de la mutuelle conformément aux règles générales en matière d'opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale.

MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conformément aux articles L. 114-9 et L. 114-7 du Code de la mutualité, et des statuts de la mutuelle, toute modification du présent règlement est décidée par le Conseil d'Administration et s'impose aux membres participants dès notification.

ADHÉSION À LA MUTUELLE

L'adhésion à la mutuelle est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion. Avant la signature, la mutuelle doit avoir remis au membre participant les statuts de la mutuelle, le présent règlement mutualiste et les dispositions particulières correspondant à la garantie choisie. C'est sur le bulletin d'adhésion que le membre participant indique la ou les garantie(s) choisie(s).

DROIT D'ADHÉSION

L'Assemblée Générale de la mutuelle en application de l'article 21 des statuts a fixé un droit d'adhésion à la mutuelle. Ce droit d'adhésion s'élève à 20 (vingt) euros. Cette somme est perçue une fois pour toutes lors de la première adhésion.

FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées et modifiées par le Conseil d'Administration conformément aux règles générales en matière d'opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale de la mutuelle.
Toute modification est portée à la connaissance des membres participants.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège de la mutuelle ou de son délégataire, du bulletin d'adhésion complété et signé sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1ère cotisation. Des délais d'attente peuvent éventuellement s'appliquer.

FIN DE L'ADHÉSION

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. La demande de résiliation doit être reçue par la mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle du contrat.
Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé, le membre participant peut mettre fin à son adhésion à tout moment par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en ait reçu la notification.
Le membre participant qui aurait porté ou tenté de porter volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle se verra exclu de la mutuelle conformément aux dispositions de l'article 12 des statuts.

FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par le membre participant pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. **En cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat) et L. 221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.**

PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité.

Article L. 221-11 du Code de la mutualité :
Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.
La prescription est portée à dix ans lorsque, (...) le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article L. 221-12 du Code de la mutualité :
La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 221-12-1 du Code de la mutualité :
Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.**
En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant ne juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
  À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil);
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.
Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part de l'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice d'esthétique et d'agrément. De même qu'en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

Miltis
25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Tél : 04 72 36 16 60 • Fax : 04 72 36 23 48 • www.mutuelle-miltis.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

Règlement mutualiste - 10/2020 - 2FDCNO197

STATUTS
de la mutuelle

TITRE I • FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 • Formation et objet de la mutuelle

Article 1 • Dénomination de la mutuelle
Il est constitué une mutuelle, dénommée MILTIS, qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.
Elle est enregistrée sous le n° SIREN 417 934 817.

Article 2 • Siège de la mutuelle
La mutuelle est établie au 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON.

Article 3 • Objet de la mutuelle
La mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droits, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par les présents statuts, afin de contribuer à leur développement culturel, moral, intellectuel et physique et à l'amélioration de leurs conditions de vie.
À cet effet, la Mutuelle se propose de :

À titre principal :
- Pratiquer une activité d'assurance dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives dans les branches pour lesquelles elle est agréée, telles que définies par l'article R. 211-2 du Code de la mutualité et qui sont les suivantes :
  - Accidents (branche 1) ;
  - Maladie (branche 2) ;
  - Vie, Décès (branche 20) ;
  - Nuptialité, natalité (branche 21).

Dans le cadre de la couverture des risques relevant de ces branches, la Mutuelle pourra :
- Accepter les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance, conformément à l'article L. 111-1 du Code de la mutualité ;
- Coassurer ces mêmes risques en application de l'article L. 227-1 du Code de la Mutualité ;
- A la demande d'autres mutuelles ou union, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au Livre II pour la délivrance de ces engagements, vis-à-vis de leurs membres participants ainsi que de leurs ayants-droit.

À titre accessoire :
- Mettre en œuvre, en tant qu'activité accessoire et accessible uniquement à ses membres participants et à leurs ayants-droits, une action sociale, qu'elle soit individuelle ou collective, notamment sous la forme de fonds de secours, de prévention des risques de dommages corporels, ou de gestion de réalisations sanitaires et sociales, dans les conditions définies par le Code de la mutualité ;
- En application de l'article L. 116-1 du Code de la Mutualité, présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance ;
  En application de l'article L.116-2 du Code de la Mutualité, la Mutuelle pourra recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance pour distribuer des adhésions individuelles à des règlements mutualistes et / ou les contrats collectifs qu'elle assure.
  La Mutuelle peut déléguer à tout organisme habilité pour ce faire, la gestion de tout ou partie des contrats collectifs qu'elle assure.
  Elle peut également gérer pour le compte de tiers, dans le cadre d'une délégation de gestion, tout ou partie des contrats individuels ou collectifs assurés par un autre organisme assureur.
  La Mutuelle peut participer au développement à la gestion des dispositifs de Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).
  Enfin, elle pourra exercer et mettre en œuvre toutes opérations de quelque nature qu'elles soient se rattachant directement ou indirectement à l'objet ci-dessus et susceptible d'en faciliter le développement ou la réalisation.
  La Mutuelle pourra adhérer à toute union de groupe mutualiste telle que définie par l'article L. 111-4-1 du code de la mutualité (UGM), à une Union Mutualiste de Groupe (UMG) telle que défini à l'article L.111-4-2 du Code de la Mutualité, ou à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM).
  La Mutuelle peut également :
  - prendre une participation dans toute société civile ou commerciale par voie de création, d'apport, de souscription ou d'achat de droits sociaux pouvant se rattacher à des activités et dans le respect des dispositions du code de la Mutualité ;
  - devenir membre d'une association ou d'un groupement d'intérêt économique (GIE).

Article 4 • Règlements mutualistes et contrats collectifs
Pour les contrats individuels, en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité, un ou des règlement(s) établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire de la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.
Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

Article 5 • Règlement Intérieur
Un Règlement intérieur établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, pourra si nécessaire, déterminer les conditions d'application des présents statuts.
Tous les membres participants et honoraires seront tenus de s'y conformer, au même titre qu'aux statuts. Le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus proche Assemblée Générale.

Article 6 • Respect de l'objet des mutuelles
Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

CHAPITRE 2 • Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

SECTION I • Conditions d'adhésion

Article 7 • Catégories de membres
La mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.
Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle.
Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons ou ont rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

STATUTS
de la mutuelle

Peuvent bénéficier des prestations de la mutuelle les ayants droit du membre participant :
- le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, de moins de 28 ans ;
  - les ascendants à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale ;
  - les autres personnes à charge du participant reconnues comme ses ayants droits par la Sécurité sociale ;
  - les enfants infirmes majeurs, titulaires d'un titre d'invalidité défini au 1° de l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles et considérés comme à charge du participant au sens de la législation sociale et fiscale en vigueur.

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

Article 8 • Adhésion individuelle
Acquièrent la qualité de membres de la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES" et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.
Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque membre participant.

Article 9 • Adhésion dans le cadre de contrats collectifs
I • Opérations collectives facultatives
L'adhésion des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale résulte de la signature à titre personnel d'un bulletin d'affiliation qui emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par la notice d'information propre au contrat collectif facultatif écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.
Les salariés ou les membres acquièrent alors la qualité de membre participant.
La personne morale qui a souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle acquiert la qualité de membre honoraire conformément aux dispositions de l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES".

II • Opérations collectives obligatoires
L'adhésion des salariés d'une entreprise résulte de la signature d'un contrat collectif obligatoire écrit souscrit par l'employeur auprès de la mutuelle et ce en application d'un accord de protection sociale complémentaire tel qu'institué en vertu des dispositions de l'article 911-1 du Code de la Sécurité sociale.
Les salariés d'une entreprise visés au contrat sont tenus de s'affilier à la Mutuelle. Ils acquièrent alors la qualité de membre participant.
L'employeur qui souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle acquiert la qualité de membre honoraire conformément aux dispositions de l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES".

SECTION II • Démission, radiation, exclusion

Article 10 • Démission
A l'échéance du contrat :
- La démission est donnée par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, et ne peut prendre effet qu'à la date d'échéance, la demande de démission devant être reçue par la mutuelle au moins deux mois à l'avance.

Après un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé :
- à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, la démission est donnée par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. Elle prend effet un mois après que Miltis en ait reçu la notification.

Article 11 • Radiation
Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-8-1, L. 221-14, L. 221-15 et L. 221-17 du Code de la mutualité.

Article 12 • Exclusions
Peuvent être exclus, les membres qui auraient porté ou tenté de porter volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle, ou qui refusent d'exécuter les obligations prévues par les présents statuts, ou dont l'attitude ou la conduite est susceptible de causer un préjudice financier, matériel ou moral à la Mutuelle.
Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

Article 13 • Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion
La démission à l'échéance du contrat, la radiation et l'exclusion, ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.
En cas de démission après un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé, le membre participant ou le membre honoraire n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la démission.
Miltis est tenue de rembourser le solde au membre participant ou membre honoraire, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la démission.
Par ailleurs, aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

TITRE 2 • ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 • Assemblée Générale

SECTION I • Composition, élection

Article 14 • Composition de l'Assemblée Générale
L'Assemblée Générale est constituée des délégués élus par des collèges. Les membres participants et les membres honoraires de la mutuelle sont répartis en six collèges selon un critère lié à leur domiciliation géographique :

Collège 1 - Nord-est de la France (régions Hauts-de-France, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté).

Collège 2 - Sud-est de la France (régions Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse).

Collège 3 - Sud-ouest de la France (régions Nouvelle Aquitaine et Occitanie).

Collège 4 - Nord-ouest de la France (régions Normandie, Bretagne, Pays de la Loire et Centre).

Collège 5 - Région Ile-de-France.

Collège 6 - Outre-mer et étranger.

Article 15 • Nombre de délégués
Chaque délégué élu par le collège, dispose d'une voix à l'Assemblée Générale. Chaque collège dispose à l'Assemblée Générale, d'un nombre de délégués calculé de la façon suivante :
- 3 délégués pour un effectif inférieur à 5 000 membres,
- 1 délégué supplémentaire à partir de 5 000 membres, par tranche de 5 000 membres. Un même collège ne peut détenir plus d'un tiers de l'ensemble des droits de vote.

L'effectif du collège à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à élire, est le nombre de membres participants et honoraires au 01 janvier de l'année de l'élection.

STATUTS
de la mutuelle

Article 16 • Élection des délégués
Pour être élu délégué d'un collège, les membres doivent :
- être âgés de 18 ans accomplis,
- n'avoir encouru aucune des condamnations prévues à l'article L. 114¬21 du Code de la mutualité,
- ne pas être salariés ou mandataires d'un organisme d'assurance ou de retraite.

Les membres honoraires de la mutuelle, peuvent être élus délégués. Leur nombre ne doit pas excéder le tiers du nombre total des délégués de l'ensemble des collèges. Les délégués sont élus pour six ans, ils sont rééligibles. Les membres de la mutuelle sont informés de l'élection des délégués au moins 45 jours avant le scrutin. Les candidatures doivent être adressées par lettre recommandée au siège de la mutuelle, au moins trente jours avant le scrutin. Le vote a lieu par correspondance, y compris par voie électronique, à bulletins secrets, au scrutin uninominal à un tour. Les candidats non élus ayant obtenu dans le collège le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

Article 17 • Vacance en cours de mandat d'un délégué
La démission ou la perte de la qualité d'adhérent à la mutuelle, entraîne de droit la perte de la qualité de délégué ou de délégué suppléant.
En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de collège, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance défini à l'article précédent.
En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause du délégué de collège et en l'absence de délégué suppléant, il est procédé, avant la prochaine Assemblée Générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.
Les élections de délégués suppléants se déroulent dans les mêmes formes et conditions que celles des élections générales et telles que décrites à l'article "ÉLECTIONS DES DÉLÉGUÉS".

SECTION II • Réunion de l'Assemblée Générale

Article 18 • Convocation annuelle obligatoire
L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration, au siège social ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation. A défaut, le président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 19 • Autres convocations
La convocation est obligatoire quand elle est demandée :
- soit par écrit, par le quart au moins des membres de la mutuelle,
- soit par la majorité des administrateurs composant le Conseil,
- soit par les commissaires aux comptes,
- soit par l'Autorité de Contrôle Prudentiel mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité ou un administrateur provisoire nommé par elle. En cas d'urgence, l'Assemblée Générale peut être convoquée par le Président, ou par les liquidateurs. A défaut, le président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 20 • Modalités de convocation de l'Assemblée Générale
L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.
L'ordre du jour des Assemblées Générales est fixé par le Conseil d'Administration à la majorité de ses membres. Il doit être joint aux convocations. Toute question dont l'examen est demandé cinq jours au moins avant l'Assemblée Générale par le quart au moins des délégués est obligatoirement soumis à l'Assemblée Générale.
Les délégués constituent l'Assemblée Générale, et procèdent aux votes et à l'élection des administrateurs.
Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.
Chaque Assemblée Générale donne lieu à l'établissement d'une feuille de présence émargée par les délégués présents. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

Article 21 • Compétences de l'Assemblée Générale
L'Assemblée Générale ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.
L'Assemblée Générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration.
En dehors des questions inscrites à l'ordre du jour, elle peut, en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement.
L'Assemblée générale peut également en toute circonstance, prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.
Elle statue sur :
- les statuts et ses modifications ;
- les activités exercées par la mutuelle ;
- l'existence et le montant des droits d'adhésion ;
- la souscription d'emprunts destinés à la constitution et à l'alimentation du fonds de développement conformément aux articles R. 212-4 et R. 212-5 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 ;
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du même Code ;
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- le rapport moral, le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 ;
- 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 ;
- les principes à respecter par les délégations de gestion, conformément à l'article L. 116-3 ;
- le rapport du Conseil d'Administration sur les opérations d'intermédiation et les délégations de gestion mentionné à l'article L. 116-4 ;
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale décide :
- la nomination des commissaires aux comptes ;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

Article 22 • Modalités de participation à l'Assemblée Générale
Les votes ont lieu selon les différentes modalités suivantes :
- Vote à main levée ou à bulletin secret en séance,
- Vote par procuration, conformément à l'article R.114-2 du Code de la Mutualité et aux modalités définies à l'article "VOTE PAR PROCURATION" des présents statuts.

STATUTS
de la mutuelle

Article 23 • Vote par procuration
Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut s'y faire représenter par un autre délégué.
Un délégué ne peut recueillir plus de trois procurations. La Mutuelle organise le vote par procuration des délégués conformément aux articles L. 114-13, alinéa 2 et R. 114-2 du Code de la Mutualité.
A compter de la date de la convocation de l'assemblée générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de l'organisme à tout délégué qui en fait la demande. La mutuelle doit faire droit à toute demande déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.
A toute formule de vote par procuration, adressée aux délégués de l'assemblée par l'organisme, doit être joint le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs. Les délégués de l'assemblée générale qui votent par procuration doivent signer la procuration et indiquer leurs nom, prénom usuel et domicile ainsi que les noms, prénom usuel et domicile de leur mandataire. Ils doivent adresser la procuration à leur mandataire. Le ou la mandataire doit être délégué de l'assemblée générale de la mutuelle.
Le mandat est donné pour une seule assemblée, sauf dans les deux cas suivants :
a) Un mandat peut être donné pour deux assemblées tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées au I de l'article L. 114-12 et l'autre pour exercer les attributions visées au II du même article ;
b) Un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Pour le calcul du quorum, le délégué qui vote par procuration est considéré comme un membre représenté.

Article 24 • Modalités de vote de l'Assemblée Générale
I • Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptés
Lorsqu'elle se prononce sur :
- la modification des statuts ;
- les activités exercées ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 ;
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 ;
- le transfert de portefeuille ;
- les principes directeurs en matière de réassurance ;
- la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union.

L'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.
A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement 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 délégués présents ou représentés.

II • Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées
Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I ci-dessus, l'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.
A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés.
Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents ou représentés.

Article 25 • Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale
Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au Code de la mutualité.

CHAPITRE 2 • Conseil d'Administration

SECTION I • Composition, élection

Article 26 • Conditions d'éligibilité - Limite d'âge
La mutuelle est administrée par un Conseil dont les membres sont élus parmi les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations.
Pour être éligibles au Conseil d'Administration les membres doivent être âgés de 18 ans accomplis, et n'avoir encouru aucune des condamnations prévues à l'article L 114-21 du Code de la mutualité.
Un ancien salarié de la mutuelle, ne peut être nommé administrateur de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.
En outre, ne sont pas éligibles les membres qui seraient salariés ou mandataires d'un organisme d'assurance ou de retraite. Conformément à l'article L. 114-23 du Code de la mutualité, une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'Administration de mutuelles, unions et fédérations.
La limite d'âge, pour exercer les fonctions d'administrateur, est fixée à 70 ans.
Cette limite n'est applicable qu'aux deux tiers des membres du Conseil d'Administration. Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge, entraîne d'office la démission 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.

Article 27 • Composition
Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants. Le nombre d'administrateurs est compris entre 10 administrateurs au moins et 15 administrateurs au plus. L'Assemblée Générale fixe préalablement à chaque élection le nombre de poste d'administrateurs à pourvoir.
Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.
Toute élection ou nomination intervenant en méconnaissance de ces dispositions est nulle.
Il est recherché une représentation équilibrée des femmes et des hommes conformément aux dispositions de l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité.

Article 28 • Présentation des candidatures
Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue quinze jours calendaires au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

Article 29 • Modalités de l'élection
Les membres du Conseil sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale au scrutin uninominal à un tour.

Article 30 • Durée du mandat
Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de 6 ans.
La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.
Les membres suppléants ou ceux qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.
Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :
- lorsqu'ils perdent la qualité de membre de la mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29 ;

- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- un mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité ; lorsque, absents sans motif valable à trois séances dans l'année, le Conseil d'Administration les a déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions, la ratification de cette décision étant soumise à l'Assemblée Générale.

Les Administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Article 31 • Renouvellement du Conseil d'Administration

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les 2 ans. Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel les membres seront soumis à réélection.

Article 32 • Vacance

En cas de vacance de poste d'administrateur par décès, démission ou perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou par cessation de 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 : le Conseil d'Administration peut coopter un administrateur avant la prochaine réunion de l'Assemblée Générale.

Les candidats à la cooptation doivent satisfaire aux conditions fixées à l'article "CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ - LIMITE D'ÂGE" et leur candidature être formalisée dans les conditions prévues à l'article "PRÉSENTATION DES CANDIDATURES". Lesdits dossiers sont transmis au Président / aux administrateurs au moins quinze jours avant la date de la réunion du Conseil d'Administration devant statuer sur la cooptation.

Le Conseil d'Administration examine la conformité des candidatures au regard des conditions susvisées. Il vérifie ensuite qu'elles ne portent pas atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Ils sont ensuite soumis au vote du Conseil d'Administration hors la présence des candidats dans les conditions prévues à l'article "DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION". En cas de pluralité de candidats pour un même poste, le Conseil d'Administration procède à une élection selon les conditions prévues à l'article "MODALITÉS DE L'ÉLECTION" des présents statuts.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le Conseil d'Administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'Assemblée Générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

En cas de vacances pour quelles que causes que ce soit, donnant lieu aux situations suivantes :

- si le nombre d'administrateurs devient inférieur au minimum légal, le Président du Conseil d'Administration fait procéder en urgence à un appel à candidatures au Conseil puis convoque au plus tôt une Assemblée Générale qui élit la totalité des membres d'un nouveau Conseil. A défaut de convocation, les dispositions prévues au I de l'article L. 114-8 du Code de la mutualité s'appliquent ;
- si le nombre d'administrateurs devient inférieur au minimum statutaire mais au moins égal au minimum légal, le Conseil d'Administration peut procéder à des élections complémentaires d'administrateurs. Pour ce faire, il fait procéder en urgence à un appel à candidatures pour pouvoir les postes vacants. Après avoir reçu les candidatures, le Président du Conseil d'Administration convoque alors immédiatement une Assemblée Générale qui élit les administrateurs complémentaires nécessaires.

Les administrateurs élus achèvent le mandat de ceux qu'ils remplacent.

- si le nombre d'administrateurs restant est au moins égal au minimum statutaire, le Conseil d'Administration peut décider d'organiser une élection pour pourvoir aux postes vacants dans le cadre de la prochaine Assemblée Générale. Les administrateurs élus achèvent le mandat de ceux qu'ils remplacent.

SECTION II • Réunions du Conseil d'Administration

Article 33 • Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins quatre fois par an, au siège social ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation, et chaque fois qu'il le jugera opportun.

Elle est envoyée aux membres du Conseil d'Administration 5 jours calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du Conseil. Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

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

La participation et le vote au Conseil d'Administration en visioconférence ou audioconférence est possible sauf lorsque le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels. Sont réputés présents les administrateurs et les représentants des salariés de la Mutuelle qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication garantissant leur participation effective. Ces moyens satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Article 34 • Délibérations 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 membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président de séance est prépondérante.

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

SECTION III • Attributions du Conseil d'Administration

Article 35 • Compétences du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration :

- arrête les comptes annuels, et le cas échéant les comptes consolidés ou combinés et établit, conformément à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité, un rapport de gestion et le cas échéant un rapport de gestion groupe ;
- et établit :
  - un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes mentionnées à l'article L.212-6 du Code de la Mutualité ;
  - un rapport sur les décisions prises dans les domaines des opérations individuelles et collectives ;
  - le cas échéant, un rapport annuel sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion, visés aux articles L.116-1 à L.116-3 du code de la mutualité, qu'il présente à l'Assemblée Générale.

Il établit également :

- le rapport annuel sur les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable prévu à l'article R. 341-9 du Code des assurances ;
- le rapport annuel sur le contrôle interne prévu à l'article R.336-1 du Code des assurances y compris celui afférent au dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application de l'article A.310-9 du Code des assurances ;
- le rapport sur la solvabilité et la situation financière destiné au public visé à l'article L.355-5 du Code des assurances (SFCR) ;

- le rapport régulier à l'autorité de contrôle (RSR) ;
- les états quantitatifs annuels et trimestriels ;
- le rapport à l'autorité de contrôle sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) mentionné à l'article L.354-2 du Code des assurances.

Qu'il transmet à l'autorité de contrôle.
Il délibère au moins une fois par an sur la politique des placements.
Il fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière.
Le Conseil d'Administration adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale.
Conformément aux dispositions de l'article L.221-5 du code de la mutualité, les modifications des règlements des opérations individuelles font l'objet d'une notification aux membres participants ou honoraires.
Le Conseil d'Administration décide de la conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur dans le cadre des règles générales définies par l'Assemblée Générale.
Le Conseil d'Administration procède à la mise en place du Comité d'Audit et des Risques.
Il approuve toutes les politiques écrites imposées par la réglementation et notamment celles relatives à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et le cas échéant, à l'externalisation.
Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la règlementation applicable aux mutuelles.
Il fixe les conditions de versement des aides exceptionnelles allouées aux membres participants et à leur famille. Il peut déléguer ses pouvoirs en cette matière à une commission spécifique « Action Sociale » composée d'administrateurs ;
Le Conseil d'Administration est compétent pour décider d'agir en justice tant en demande qu'en défense. En cas d'urgence, le Président est compétent pour agir seul sous réserve de ratification de sa décision par le Conseil d'Administration.

Article 36 • Délégations d'attribution par le Conseil d'Administration

Le Conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs soit au bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

Article 37 • Délégation spéciale du Conseil d'Administration au Président ou au dirigeant opérationnel

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de sa compétence en matière de fixation des montants ou des taux de cotisations et des prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'Administration ou au dirigeant opérationnel.

Article 38 • Nominations

Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition du Président, le dirigeant opérationnel qui ne peut être un administrateur et fixe le montant de sa rémunération. Il approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle.
Le dirigeant opérationnel est révocable à tout moment par le Conseil d'Administration selon la même procédure.
Outre le dirigeant opérationnel, le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, dont la fonction et la situation respectent les conditions fixées par l'article R211-15 du Code de la mutualité
Le Conseil d'Administration nomme la personne responsable de chacune des fonctions clés mentionnées à l'article L211-12 du Code de la Mutualité, sur proposition du dirigeant opérationnel.
Il entend directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'Administration l'estiment nécessaire.
Il garantit l'indépendance des responsables des fonctions clés et approuve les procédures (proposées par le dirigeant opérationnel) définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent informer directement et de leur propre initiative, le Conseil d'Administration lorsque surviennent des évènements de nature à le justifier.

Article 39 • Délégations de pouvoirs (dirigeant opérationnel)

Le Conseil d'Administration fixe les conditions dans lesquelles il délègue au Dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

SECTION IV • Statut des administrateurs

Article 40 • Situation et comportement interdits aux administrateurs

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par une mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.
Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts. Les anciens membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer des fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Article 41 • Conventions réglementées soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration

Toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.
La décision du Conseil d'Administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'Administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.
Les conventions auxquelles un administrateur ou un dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée, ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs, le(s) dirigeant(s) salarié(s) 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, sont soumises à l'autorisation du Conseil d'Administration.
Les conventions intervenant entre un administrateur ou un dirigeant opérationnel de la mutuelle et une personne morale appartenant au même groupe, au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité, sont soumises aux mêmes dispositions. Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L. 114-35 du Code de la mutualité.

Article 42 • Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur les opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou le dirigeant opérationnel, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiquées par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées par le Code de la mutualité.

STATUTS
de la mutuelle

Article 43 • Conventions interdites
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, descendants des administrateurs ainsi qu'à toute personne interposée.

Article 44 • Indemnités versées aux Administrateurs
Les fonctions d'Administrateur sont gratuites. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la mutualité.

Article 45 • Remboursement des frais aux administrateurs
La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la mutualité.
Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L.114-26 du Code de la mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

Article 46 • Obligations des administrateurs
Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel. Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une Union ou une Fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard (dans les mutuelles d'entreprises : ils sont également tenus de faire connaître les intérêts qu'ils détiennent ou envisagent de prendre dans l'entreprise au sein de laquelle la mutuelle est constituée, personnellement ou par personne interposée).
Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité.

Article 47 • Responsabilité
La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la mutuelle ou envers un tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.
La mutuelle étant une personne morale représentée par le Conseil d'Administration, elle peut être déclarée responsable pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du Code pénal.
Les peines encourues par les personnes morales sont :
1 - L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du Code pénal ;
2 - Les peines mentionnées à l'article 131-39 du Code pénal. L'interdiction mentionnée à l'article 131-39 du Code pénal porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

CHAPITRE 3 • Président et Bureau

SECTION I • Composition, élection, réunions

Article 48 • Élection du président et du bureau
Le bureau est élu parmi les membres du Conseil d'Administration à bulletins secrets, dans les conditions suivantes : le Président et les membres du bureau sont élus pour deux ans, par le Conseil d'Administration, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale statuant sur le renouvellement partiel du Conseil d'Administration. Ils sont rééligibles.

Article 49 • Vacance
En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-Président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.
Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Vice-Président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.
En cas de vacance, pour quelque cause que ce soit, d'un autre membre du bureau, le Conseil d'Administration, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Article 50 • Composition du bureau
Le bureau est composé de la façon suivante :
- 1 Président
- 2 Vice-Présidents dont :
  - 1er Vice-Président
  - 2e Vice-Président
- 1 Trésorier
- 1 Trésorier adjoint
- 1 Secrétaire
- 1 secrétaire adjoint

Article 51 • Réunions et délibérations
Le bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la mutuelle.
La convocation est envoyée aux membres du bureau cinq jours calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.
Le bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. En cas de partage des voix, la voix du Président de séance est prépondérante.
Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

SECTION II • Attributions des membres du bureau

Article 52 • Attributions
Le bureau exerce les attributions qui lui sont déléguées par le Conseil d'Administration ; il étudie toute question et instruit tout dossier en vue de leur présentation au Conseil d'Administration.

CHAPITRE 4 • Dispositions diverses

Article 53 • Principes de réassurance
1 - La mutuelle peut librement accepter en réassurance les engagements mentionnés dans son objet social.
2 - La mutuelle pourra se réassurer librement auprès d'entreprises régies ou non par le Code de la mutualité. En ce cas, la décision de réassurer tout ou partie des risques couverts par la Mutuelle auprès d'une entreprise non régie par le Code de la mutualité est prise par le Conseil d'Administration, conformément à l'article "COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION" des statuts, en conformité avec les règles générales de cession décidée par l'Assemblée Générale. Pour ce faire, avant toute signature d'un contrat, il procède par mise en concurrence des organismes.

STATUTS
de la mutuelle

Article 54 • Commissaires aux comptes
En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce.
Le Président convoque le commissaire aux comptes à toute Assemblée Générale.
Le commissaire aux comptes porte à la connaissance du Conseil d'Administration les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par les articles L. 822-9 à L. 822-18 et suivants du Code de commerce, sous réserve des dispositions du Code de la mutualité. Il signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

Article 55 • Fonds d'établissement
Le fonds d'établissement de la mutuelle est fixé à la somme de 500 000 euros. Son montant sera augmenté du montant des droits d'adhésion reçu et selon les besoins, par décision de l'Assemblée Générale.

Article 56 • Dissolution volontaire et liquidation
En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution volontaire de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article L. 212-14 du Code de la mutualité ainsi qu'à l'article "MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE" des statuts.
L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'Administration.
La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs, des dirigeants effectifs et des membres de commissions. L'Assemblée Générale, régulièrement constituée, conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement.
Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs. Elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.
L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale, statuant dans les conditions prévues ci-dessus, à d'autres mutuelles ou unions, ou au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

Article 57 • Comité d'Audit interne et des risques
La Mutuelle est dotée d'un Comité d'Audit Interne et des Risques en charge d'assurer le suivi des prestations relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières.
Il ne peut être composé que d'administrateurs. Un membre au moins doit présenter des compétences en matière financière ou comptable et être indépendant au regard de critères précisés et rendus publics par le Conseil d'Administration.
Cependant, il peut être complété de deux membres extérieurs au plus, désignés par le Conseil d'Administration en raison de leurs compétences.
Le Président du Conseil d'Administration ne peut pas être membre du Comité d'Audit Interne et des Risques.
Le Conseil d'Administration fixe le nombre des membres (administrateurs et membres externes) du Comité d'Audit Interne et des Risques.
Les membres du Comité d'Audit Interne et des Risques élisent le Président dudit Comité pour une durée de deux (2) ans.

CHAPITRE 5 • Le mandataire mutualiste

Article 58 • Définition et mode de désignation
Le mandataire mutualiste est une personne physique exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs mentionnés à l'article L.114-16 du Code de la Mutualité, qui apporte à la Mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel il a été élu.
Le mandataire mutualiste est élu par le Conseil d'Administration à la majorité simple.
Le Conseil d'Administration détermine les missions attribuées au mandataire mutualiste.
Le mandataire mutualiste doit rendre compte annuellement de la réalisation de ces missions.

Article 59 • Formation
La Mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation, à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Article 60 • Indemnisations
Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans les conditions définies par l'article "REMBOURSEMENT DE FRAIS AUX ADMINISTRATEURS" des présents statuts. ■

Statuts Miltis - Service Communication - 10/2020 - ©Fotolia.com - 2FDAUU008

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Coconcepteur : Coverlife - Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n° 14 002 768 et régi par le Code des assurances

Compagnie : Miltis – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité

Produit : Offre Cocoon Assurance Santé n°10 - ECO

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit « **Offre Cocoon Assurance Santé n°10 – ECO** » est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré, et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, de maternité ou d'accident et intervient en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses réelles engagées. **Ils varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.**

Les garanties de base, sur l'ensemble des niveaux, sont les suivantes :

✓ **Hospitalisation**
Frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, transport accepté par le régime de base

✓ **Soins courants**
Honoraires médicaux ; actes techniques médicaux, d'obstétrique, d'anesthésie, de chirurgie, d'imagerie et d'échographie ; honoraires paramédicaux ; analyses et examens de laboratoire ; transport ; médicaments pris en charge à 65%, et 30% par le régime de base ; matériel médical ; soins et prestations inopinés à l'étranger pris en charge par le régime de base

✓ **Dentaire**
Soins dentaires (dont Inlays, onlays, scellement des sillons) ; orthodontie remboursée par le régime de base, prothèses dentaires et inlay-core pris en charge par le régime de base ; soins et prothèses du panier 100% santé**.**

✓ **Optique**
Lunettes, lentilles prescrites (y compris lentilles jetables) ; suppléments et prestations ; équipement du panier 100% santé optique (verres et montures de classe A).

✓ **Aides auditives**
Prothèses auditives (Aide auditive de Classe I et Aide auditive de Classe II) prises en charge par le régime de base ; autres prestations liées aux aides auditives (accessoires et frais d'entretien).

Qu'est-ce qui est assuré *(suite)* ?

Les garanties de base, sur l'ensemble des niveaux, sont les suivantes *(suite)* :

✓ **Prévention**
Actes pris en charge par le régime de base

La garantie complémentaire, prévue sur les formules 3 à 7 : Autres prestations optiques : chirurgie de l'œil.

Les services systématiquement prévus sont les suivants :

✓ Tiers payant (remboursements automatisés - télétransmission).

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

× Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
× Les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion dans tous types d'établissements.
× Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
- □ Dans les établissements et services sociaux.
- □ Dans les établissements médico-sociaux et médico-pédagogiques.
- □ Dans les établissements ou unités de longs séjours.
- □ Dans les établissements ou unités pour personnes âgées.

× La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base.
× Les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions du contrat responsable sont les suivantes :

! La participation forfaitaire de 1,00€ et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.
! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires relatifs aux actes réalisés en dehors du parcours de soins.
! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée.

Les principales restrictions sont les suivantes :

! Dentaire (formules 3 à 7) : plafonds de remboursement (hors soins) en fonction de l'ancienneté du bénéficiaire
! Optique :
- Remboursement de la monture limité à 100,00 € par équipement.
- Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur de moins de 16 ans ou si la vue évolue.

! Aides auditives : prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans par oreille à compter de l'acquisition de l'aide auditive, dans la limite du prix limite de vente (Classe I) ou de 1 700€ (Classe II)

Où suis-je couvert(e) ?

✓ En France métropolitaine.
✓ Dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion, et de la Guyane (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Martin (**territoire français**) ou à Saint-Barthélemy.
✓ Dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an (en un ou plusieurs séjours). Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

- **À la souscription du contrat**
  - Compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion indiquant la formule de garantie choisie et les éventuels ayants-droit à garantir ;
  - Être affilié à l'un des régimes de base de la sécurité sociale française ;
  - Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cours de contrat**
  - Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans le mois qui suit la connaissance que l'assuré a de l'un des évènements suivants : changement familial, changement d'adresse, changement du département de résidence, changement du régime de base, changement ou modification de la mesure de protection ;
  - Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cas de sinistre**
  - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat. Le paiement peut être effectué par chèque ou TIP, virement bancaire ou prélèvement bancaire. Un paiement fractionné peut être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel) lorsque le paiement est effectué par prélèvement bancaire.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à la date fixée d'un commun accord et indiquée dans le certificat d'adhésion, et au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion au siège de COVERLIFE (gestionnaire du contrat). Le membre participant dispose d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion en cas de vente par démarchage à domicile. En cas de vente à distance, ce délai court ou à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion.
Le contrat est conclu pour l'année civile en cours et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'un des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de résilier le contrat en utilisant tout support énuméré à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, adressé au siège du gestionnaire du contrat (Coverlife) : Cocoon Assurance, 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 92522 Neuilly-Sur-Seine ou par mail/recommandé électronique à l'adresse suivante : sante@cocoon.fr

- A la date d'échéance principale du contrat, fixée au 31 décembre de chaque année, au moins deux mois avant cette date.
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat et dans les conditions fixées au contrat.
- A la suite d'une modification du contrat d'assurance, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.
- En cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.