

STATUTS
RÈGLEMENT INTERIEUR
RÈGLEMENT DES GARANTIES



LANDES MUTUALITÉ

PRÉVENIR AUJOURD'HUI LES RISQUES DE DEMAIN



Allée de la Capère
40016 MONT DE MARSAN

STATUTS - RÈGLEMENT INTÉRIEUR - RÈGLEMENT DES GARANTIES

NUMERO D'IMMATRICULATION : 782 099 196
dans les conditions prévues par l'article R414-8
du nouveau code de la mutualité issu
du décret N° 2001-1109 du 23 novembre 2001

adoptés par le conseil d'administration du 13 juin 2007
et ratifiés par l'assemblée générale du 30 juin 2007

STATUTS

SOMMAIRE

Titre I :

Formation Objet et composition de la mutuelle

Chapitre I : Formation et objet de la mutuelle

Article 1 : Dénomination de la mutuelle	2
Article 2 : Siège social	2
Article 3 : Objet de la mutuelle	2
Article 4 : Règlements des garanties	2
Article 5 : Respect de l'objet de la mutuelle	2
Article 6 : Règlement intérieur de la mutuelle	2

Chapitre II : Condition d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

Section I : Adhésion

Article 7 : Catégories de membres	2
Article 8 : Modalités d'adhésion individuelle et collectives	2
Article 9 : Intermédiation	3

Section 2 : Démission – Radiation – Exclusion

Article 10 : Démission ou terme de l'affiliation	3
Article 11 : Radiation	3
Article 12 : Exclusion	3
Article 13 : Conséquences Démission – Radiation – Exclusion	3

Titre II : Administration de la mutuelle

Chapitre I : Assemblée générale

Section 1 : Composition – Élection

Article 14 : Sections de vote	3
Article 15 : Composition de l'assemblée générale	3
Article 16 : Élection et nombre des délégués	3
Article 17 : Vacance en cours de mandat d'un délégué de section	4
Article 18 : Vote des délégués	4
Article 19 : Commissions de gestion des sections	4
Article 20 : Empêchement	4

Section 2 : Réunion de l'assemblée générale

Article 21 : Convocation	4
Article 22 : Modalités de convocation	4
Article 23 : Modalités de vote de l'assemblée générale Conditions de Quorum	4
Article 24 : Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale	4

Section 3 : Compétences de l'assemblée générale

Article 25 : Attributions de l'assemblée générale	4
Article 26 : Délégation de pouvoir	5

Chapitre II : Conseil d'administration

Section 1 : Composition – Élection

Article 27 : Composition	5
Article 28 : Conditions d'éligibilité et limite d'âge	5
Article 29 : Modalités d'élection	5
Article 30 : Renouvellement du conseil d'administration	5
Article 31 : Vacance en cours de mandat	5

Section 2 : Réunion du conseil d'administration

Article 32 : Réunion	5
Article 33 : Représentants des salariés	6

Section 3 : Attributions du conseil d'administration

Article 34 : Attributions du conseil d'administration	6
Article 35 : Délégation d'attributions par le conseil d'administration	6
Article 36 : Commissions	6
Article 37 : Renouvellement des membres des commissions	7
Article 38 : Nomination et rôle du directeur général	7

Section 4 : Contrôle interne

Article 39 : Contrôle interne	7
-------------------------------	---

Section 5 : Statut des administrateurs

Article 40 : Indemnités versées aux administrateurs	7
Article 41 : Remboursement des frais	7
Article 42 : Conventions d'indemnisation employeur	7
Article 43 : Interdictions liées à la fonction d'administrateur	7
Article 44 : Obligations des administrateurs	7
Article 45 : Conventions réglementées soumises à autorisations préalables du conseil d'administration	7
Article 46 : Conventions courantes autorisées et soumises à une obligation d'information	8
Article 47 : Responsabilité des administrateurs	8

Chapitre III : Président et Bureau

Section 1 : Élection et attributions du président

Article 48 : Élection et révocation	8
Article 49 : Vacance	8
Article 50 : Attributions	8

Section 2 : Élection et attribution des membres du bureau

Article 51 : Élection et révocation	8
Article 52 : Composition du bureau	8
Article 53 : Convocation	8
Article 54 : Vice-présidents	8
Article 55 : Secrétaire général et secrétaire général adjoint	9
Article 56 : Trésorier et trésorier adjoint	9

Chapitre IV : Organisation financière

Section 1 : Produits et charges

Article 57 : Produits	9
Article 58 : Charges	9
Article 59 : Vérifications préalables	9

Section 2 : Modes de placements des fonds et règles de sécurité financière

Article 60 : Marge de solvabilité	9
Article 61 : Système fédéral de garantie	9

Section 3 : Commissaires aux comptes

Article 62 : Commissaires aux comptes	9
---------------------------------------	---

Section 4 : Fonds d'établissement

Article 63 : Montant du fonds d'établissement	9
---	---

Section 5 : Fonds social

Article 64 : Définition	9
Article 65 : Fonctionnement	9
Article 66 : Champs d'intervention	10
Article 67 : Pièces à fournir	10
Article 68 : Décisions	10

TITRE III : INFORMATION DES ADHERENTS

Article 69 : Etendue de l'information	10
---------------------------------------	----

TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 70 : Subrogation	10
Article 71 : Dissolution volontaire et liquidation de la mutuelle	10
Article 72 : Médiation	10
Article 73 : Interprétation	10
Article 74 : Informatique et Libertés	10

TITRE I

FORMATION – OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 : Dénomination de la mutuelle

Il est constitué une mutuelle en qualité de personne morale à but non lucratif, dénommée LANDES MUTUALITÉ - MUTUELLE CHIRURGICALE DES LANDES, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité.

Article 2 : Siège social

Le siège de la mutuelle est situé – Allée de la Capère à MONT DE MARSAN.

Article 3 : Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ainsi que les risques dépendants de la vie humaine, dans le cadre des branches 1 – 2 – 20.

La mutuelle a pour objet de mener des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans l'intérêt de ses membres et de leurs familles, en application des dispositions de l'article L 111-1 du code de la mutualité.

Dans ce cadre, elle se propose :

- de fournir à ses membres, dans le cadre d'opérations individuelles et collectives, des prestations d'assurance afférentes aux branches 1-Accidents, 2-Maladie et 20-Vie décès ;
- de gérer ces prestations en conformité avec les règles légales en retenant les principes des contrats responsables et solidaires ;
- d'accepter en réassurance les engagements susvisés relevant des branches 1, 2 et 20 susvisées ;
- de réaliser des opérations de réassurance auprès d'organismes partenaires pour les branches 1, 2 et 20 ;
- de se substituer intégralement aux mutuelles ou unions qui le demandent, ou de se faire substituer par une autre mutuelle ou union, pour des opérations relevant des branches susvisées 1, 2 et 20 ;
- de souscrire au profit de ses membres des contrats d'assurance collectifs dans les domaines visés à l'article L.111-1-1° du code de la mutualité, en vue de leur offrir des prestations d'assurance qu'elle ne propose pas elle-même ;
- de permettre à ses membres l'accès aux réalisations sanitaires et sociales et aux prestations d'action sociale d'autres mutuelles ou unions par voie de convention, ou des unions auxquelles elle adhère à cet effet ;
- de permettre à ses membres l'accès à des services aux adhérents.

La mutuelle gère un fonds social dont l'objet est :

- d'aider ponctuellement ses membres et leurs ayant droit particulièrement touchés par une situation difficile où qui doivent faire face à des dépenses exceptionnelles ;
- de mettre en œuvre des actions sociales afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Le fonctionnement de ce fonds est précisé aux articles 65 et suivants des présents statuts.

Article 4 : Règlements des garanties

Les règlements des garanties, adoptés par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration, définissent le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

La mutuelle peut être amenée à élaborer un règlement des garanties individuelles, un règlement des garanties collectives obligatoires ainsi qu'un règlement des garanties collectives facultatives. Dans le premier cas se sont des personnes physiques qui y adhèrent et dans le second cas se sont des personnes morales.

Article 5 : Respect de l'objet de la mutuelle

Les organes de la mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L.111-1 du code de la mutualité et s'engagent à respecter les principes inscrits dans la Charte Mutualiste de la Mutualité Française.

Article 6 : Règlement intérieur de la mutuelle

Le conseil d'administration peut établir un règlement déterminant les conditions d'application des statuts et le proposer à l'approbation de l'assemblée générale.

Tous les membres de la mutuelle sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et aux règlements de garanties.

Il organise le fonctionnement des sections de vote et vient préciser le fonctionnement de la mutuelle.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine assemblée générale.

CHAPITRE II

CONDITION D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 : *Adhésion*

Article 7 : Catégories de membres

La mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

- Les membres participants sont des personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles adhèrent. Elles en ouvrent le bénéfice à leurs ayants droit dans les conditions déterminées ci-après.
- La mutuelle peut admettre des membres honoraires, personnes physiques, qui versent des cotisations, des contributions ou lui font des dons sans bénéficier de prestations.
- La mutuelle admet des membres honoraires, personnes morales, souscrivant des contrats collectifs ou adhérant à des règlements de garanties à forme collective.

Peuvent adhérer à la mutuelle, en qualité de membres participants, les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

- être assujetties à un régime obligatoire de protection sociale et bénéficier des prestations de ce régime,
- ne pas avoir été exclues d'une autre mutuelle.

Les ayants droit du membre participant sont :

- le conjoint légitime, le concubin, la personne ayant conclu avec le membre participant un contrat relevant du régime juridique du Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint, de son concubin, ou de la personne avec lequel il est pacsé, tels qu'ils sont définis aux articles L313-3 – R313-12 et aux six derniers alinéas de l'article R313-14 du code de la sécurité sociale.

A leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants des mutuelles sans l'intervention de leur représentant légal. Ils peuvent ainsi exercer leur droit de vote à l'assemblée générale.

Article 8 : Modalités d'adhésion individuelles et collectives

Acquièrent la qualité de membres participants à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 des présents statuts et qui font acte d'adhésion, constaté par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Acquièrent la qualité de membres honoraires, les personnes morales ou physiques qui souscrivent un contrat collectif tant dans le cadre des opérations facultatives que dans le cadre des opérations obligatoires ou qui adhèrent à un règlement des garanties collectives.

La signature du bulletin d'adhésion ou d'un contrat collectif définis au paragraphe précédent emporte acceptation des droits et obligations définis par les statuts et les règlements des garanties de la mutuelle.

L'admission des membres est décidée par le conseil d'administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts et des règlements des garanties sont portés à la connaissance de chaque membre participant.

Article 9 : Intermédiation

La mutuelle peut recourir à des intermédiaires d'assurance et de réassurance. Les dispositions du Livre III et du Livre V du code des assurances relatives aux intermédiaires sont applicables aux intermédiaires de la mutuelle.

Lorsque l'intermédiaire a été désigné par une personne morale souscriptrice, la mutuelle informe cette dernière du montant et du destinataire de la rémunération versée.

La mutuelle peut également proposer dans l'intérêt de ses membres participants des garanties assurées par d'autres organismes assureurs.

SECTION 2 : Démission – Radiation – Exclusion

Article 10 : Démission ou terme de l'affiliation

Le renouvellement de l'adhésion prend effet au 1^{er} janvier de chaque année.

Dans le cadre des opérations individuelles ou des opérations collectives facultatives, la démission du membre participant est donnée, par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile.

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, il est mis fin à l'affiliation des membres participants, par dénonciation de l'adhésion à un règlement des garanties collectives ou par le souscripteur du contrat d'assurance collectif, au moins deux mois avant la fin de l'année civile par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la mutuelle.

La démission entraîne de plein droit la perte de la qualité de membre participant et ne permet plus aux ayants droit de celui-ci de bénéficier des garanties de la mutuelle.

Article 11 : Radiation

Sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leurs cotisations ou fraction de cotisations à leur date d'échéance et après l'envoi d'une mise en demeure, dans les conditions et délais définis par les articles L.221-7 et L.221-8 du code de la mutualité tels que précisés dans les règlements des garanties.

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle (article L.221-17 du code de la mutualité).

Il en est ainsi en cas de survenance de l'un des évènements :

- 1° changement de domicile,
- 2° changement de situation matrimoniale,
- 3° changement de profession,
- 4° retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La radiation est, dans tous les cas, prononcée par le conseil d'administration. Le conseil d'administration peut sous sa responsabilité confier à un ou des salariés les délégations de pouvoir nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, le fonctionnement de la mutuelle.

Il peut toutefois être sursis par le conseil d'administration de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

Article 12 : Exclusion

Peuvent être exclus les membres participants qui, de mauvaise foi, ont fait des déclarations inexactes ou ont omis de communiquer des informations, selon les modalités prévues par les articles L.221-14 et L.221-15 du code de la mutualité.

Peuvent être exclus les membres honoraires qui portent atteinte aux intérêts de la mutuelle et dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la mutuelle. Il en serait de même des membres honoraires qui auraient causés à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté.

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

Article 13 : Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions des articles L.221-17 et L.223-19 du code de la mutualité.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I

ASSEMBLEE GENERALE

SECTION 1 : Composition – Élection

Article 14 : Sections de vote

L'assemblée générale est composée de délégués, répartis en sections de vote.

Tous les membres de la mutuelle sont groupés en section de vote territoriale et par nature d'adhésion. Le ressort territorial est fixé par le conseil d'administration.

Dans les cas où la mutuelle réalise des opérations collectives, il est désigné des délégués représentant des personnes morales ou physiques de contrat d'assurance collective et ce, en qualité de membres honoraires.

Il est constitué trois sections de vote se répartissant comme suit :

- une section de vote comprenant les adhésions individuelles (bulletin d'adhésion) ;
- une section de vote comprenant les adhésions collectives (bulletin d'adhésion ou contrats d'assurance collectifs) ;
- une section de vote comprenant des membres honoraires, non signataires de bulletin d'adhésion ou de contrats d'assurance collectifs.

Le règlement intérieur organise chacune des sections par zone territoriale, se définissant par collège.

Article 15 : Composition de l'assemblée générale

Les membres de chaque section élisent parmi eux le ou les délégués à l'assemblée générale de la mutuelle. Les délégués sont élus pour quatre ans.

Le dépôt des candidatures aux fonctions de délégués doit s'effectuer au moins vingt et un jour avant la date du scrutin.

Il est procédé à l'élection des délégués soit par vote direct, soit en assemblée de section. Le vote par correspondance pour les délégués empêchés est prohibé.

Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret selon le mode de scrutin suivant : scrutin majoritaire à un tour. L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote. Chaque délégué dispose d'une voix à l'assemblée générale.

En cas d'égalité de suffrage, l'élection est acquise au délégué le plus jeune.

La perte de qualité de membre de la mutuelle entraîne celle de délégué.

Article 16 : Élection et nombre des délégués

Les membres participants et honoraires de chaque section élisent les délégués à l'assemblée générale de la mutuelle.

Les présents statuts déterminent le nombre de délégués par section de vote constituée.

Ainsi, les sections de vote élisent le nombre de délégués comme suit:

- *Section A : membres participants : 60 délégués*
- *Section B : membres honoraires collectifs: 15 délégués*
- *Section C : membres honoraires non bénéficiaires des prestations : 5 délégués au plus*

Le règlement intérieur visé à l'article 6 des présents statuts organise les conditions d'élection des délégués au titre des différentes sections en fonction de zones territoriales et par nature d'adhésion.

Article 17 : Vacance en cours de mandat d'un délégué de section

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause du délégué, il est procédé dans l'année de la vacance du poste à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

Article 18 : Vote des délégués

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

Article 19 : Commission de gestion des sections

Toutes les sections sont administrées par deux commissions de gestion auxquelles le conseil d'administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs. Les commissions sont composées de membres nommés par le conseil d'administration parmi les membres participants et honoraires. Le règlement intérieur tel que prévu à l'article 6 détermine les conditions de vote au sein des sections. Il définit le rôle des deux commissions de gestion.

Article 20 : Empêchement

Les délégués empêchés d'assister à l'assemblée générale ne peuvent voter par procuration.

SECTION 2 : Réunions de l'assemblée générale

Article 21 : Convocation

Le président du conseil d'administration convoque l'assemblée générale. Il la réunit au moins une fois par an.

A défaut de réunion de l'assemblée générale, 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 22 : Modalités de convocation

L'assemblée générale peut également être convoquée à tout moment par les personnes et dans les conditions prévues par l'article L.114-8 du code de la mutualité et notamment par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil,
- les commissaires aux comptes,
- à la demande d'un ou plusieurs membres de la mutuelle et sur ordonnance du président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé.

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

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

Les délégués à l'assemblée générale reçoivent les documents dont la communication est imposée par la législation en vigueur. L'ordre du jour des assemblées générales est fixé par le président du conseil d'administration et, plus généralement, par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations.

Les délégués peuvent également requérir l'inscription à l'ordre du jour de projet de résolution sous réserve qu'il soit déposé au moins dix jours avant la date de l'assemblée générale.

Article 23 : Modalités de vote à l'assemblée générale

I – Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées :

Lorsque l'assemblée générale se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article L.114-11, les prestations offertes, 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, elle 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 prises à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

II – Délibération de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées :

Lorsque l'assemblée générale se prononce sur des questions autres que celles visées au paragraphe I ci-dessus, elle 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 quelque soit le nombre de ses délégués présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés.

Article 24 : Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres adhérents participants et honoraires, sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants et aux membres honoraires dans les conditions prévues aux règlements des garanties.

SECTION 3 : Compétences de l'assemblée Générale

Article 25 : Attribution de l'assemblée générale

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

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

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

Elle désigne le commissaire aux comptes et son suppléant.

Elle statue obligatoirement sur :

- 1° les modifications des statuts,
- 2° les activités exercées,
- 3° l'existence et le montant des droits d'adhésion,
- 4° le montant du fonds d'établissement,
- 5° les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu des règlements des garanties défini par l'article L.114-1, 5^{ème} alinéa du code de la mutualité,
- 6° l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union, ou d'une fédération,
- 7° les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- 8° l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du code de la mutualité,
- 9° le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- 10° le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- 11° les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- 12° le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité,
- 13° le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les Livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code,
- 14° toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur,

- 15° la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- 16° les délégations de pouvoirs prévues à l'article 26 des présents statuts,
- 17° 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,
- 18° le rapport du conseil d'administration relatif aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visé aux articles L. 116-1 à 116-3 du code de la mutualité.

Article 26 : Délégation de pouvoirs

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable qu'un an. Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'assemblée générale la plus proche.

CHAPITRE II
CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 : Composition – Élection

Article 27 : Composition

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de vingt sept administrateurs au plus. Le conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de délégués issus de membres participants et pour le tiers restant issus de membres honoraires. Pour cette dernière catégorie, sept sièges doivent être pourvus par des membres honoraires adhérant à un bulletin d'adhésion ou souscripteurs de contrats d'assurance collective et deux sièges au plus pour les autres membres honoraires. Pour les membres participants, ils doivent être représentés par dix huit sièges au conseil d'administration. Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeant ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité. Les administrateurs ne peuvent appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations. Toutefois, dans le décompte des mandats, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité. Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être déposées ou adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée dix jours francs avant la première assemblée générale.

Article 28 : Conditions d'éligibilité et limite d'âge

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

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

Le nombre des administrateurs âgés de plus de soixante dix ans ne peut dépasser le tiers, arrondi au chiffre immédiatement supérieur, des administrateurs en fonction. Lorsque cette proportion est dépassée, l'administrateur le plus âgé est réputé démissionnaire d'office. Toutefois lorsque le dépassement trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Article 29 : Modalités d'élection

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des membres de l'assemblée générale et de la manière suivante :

• Scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de trois 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 qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Article 30 : Renouvellement du conseil d'administration

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

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29 ci-dessus,
- à défaut d'avoir présenté leur démission, dans les conditions définies à l'article L.114-23 du code de la mutualité, lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la mutuelle est le plus récent,
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les ait condamné pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité,
- en cas d'absence, sans motif valable, à trois séances au cours de la même année.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'assemblée générale. Le renouvellement du conseil d'administration a lieu par tiers tous les 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 ses membres seront soumis à réélection.

Article 31 : Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause, d'un siège d'administrateur, il est pourvu provisoirement par le conseil d'administration à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de sa ratification par l'assemblée générale ; si la nomination faite par le conseil d'administration n'est pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aura accomplis n'en seront pas moins valables. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur. Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à dix du fait d'une ou plusieurs vacances, le président convoque l'assemblée générale afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs et de compléter ainsi l'effectif du conseil.

SECTION 2 : Réunions du Conseil d'administration

Article 32 : Réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président, et au moins cinq fois par an. Le président du conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du conseil d'administration cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence. 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. Le conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du président et des autres membres du bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur. Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante. Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président ou le directeur général.

Article 33 : Représentants des salariés

Deux représentants du personnel de la mutuelle, élus dans les conditions fixées ci-après, assistent avec voix consultative aux séances du conseil d'administration.

Ils sont élus par la Délégation Unique du Personnel (DUP) de la mutuelle. Ils sont élus pour une durée équivalente à celle des membres de la DUP.

Sont électeurs les membres titulaires (au nombre de trois) et les suppléants (au nombre de trois) de la DUP.

Sont éligibles les salariés travaillant dans l'organisme depuis un an au moins au jour du scrutin et n'ayant encouru aucune condamnation visée à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Les candidatures doivent être présentées au Bureau du Service du Personnel de la mutuelle huit jours francs au moins avant la date de l'élection.

Le vote organisé par l'organisme, sur appel à candidature libre exclusivement, a lieu à bulletins secrets à la majorité relative à un tour et sans exigence d'un quorum particulier.

En cas d'égalité, le poste est attribué au candidat ayant l'ancienneté la plus importante dans l'organisme, et à égalité d'ancienneté au plus jeune des candidats.

Le salarié ainsi élu perd le droit d'assister aux réunions du conseil dès qu'il cesse d'appartenir au personnel salarié de l'organisme.

SECTION 3 : Attributions du conseil d'administration

Article 34 : Attributions du conseil d'administration

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

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

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

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

- des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du Livre II du code de commerce,
- de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité,
- de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 du code de la mutualité,
- un rapport distinct certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle,
- des transferts entre mutuelles et unions.

Le conseil d'administration établit à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque que la mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée générale.

Il établit également le rapport de solvabilité visé à l'article L.212-3 du code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes visées à l'article L.212-6 du code de la mutualité.

En application de l'article L.116-4 de ce même code, il établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du code de la mutualité. Enfin, il présente à l'assemblée générale un rapport annuel de synthèse rendant compte des activités de chacune des commissions tel que définit à l'article 36 des présents statuts.

Article 35 : Délégation d'attributions par le conseil d'administration

Le conseil peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions.

Le conseil d'administration peut confier au bureau les attributions qui ne sont pas spécialement réservées au conseil d'administration par la loi. Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Le conseil d'administration peut confier au président ou à un administrateur nommément désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le président ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du conseil d'administration, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accompli.

Plus précisément, des délégations d'attributions validées par le conseil d'administration définissent spécifiquement les missions qui sont attribuées à titre exhaustif à chaque administrateur et ce pour la bonne marche de la mutuelle.

Le conseil d'administration peut sous sa responsabilité et son contrôle confier à un ou des salariés les délégations de pouvoir nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, le fonctionnement de la mutuelle.

Par ailleurs est mis en place un comité exécutif composé du président, des vice-présidents, du directeur général et des directeurs de la mutuelle. Ce comité exécutif a pour rôle le suivi d'activité de la mutuelle. Il se réunit au moins tous les vingt et un jours. Un compte rendu est dressé à chaque réunion

Article 36 : Commissions

Le conseil d'administration peut déléguer sous sa responsabilité et son contrôle une partie de ses pouvoirs à plusieurs commissions temporaires ou permanentes.

S'agissant des commissions permanentes neuf sont constituées à ce jour :

- commission secours,
- commission travaux,
- commission financière,
- commission relations avec les organisations sociales,
- commission développement et animation locale,
- commission relations avec les délégués,
- commission formation,
- commission informatique,
- commission promotion de la santé.

Les commissions sont constituées au maximum de cinq à huit membres administrateurs de la mutuelle. Chaque administrateur de la mutuelle participe au moins à deux commissions selon ses compétences ou sa volonté d'implication.

La présence des administrateurs dans chacune des commissions se décide au sein du conseil d'administration.

Le président est membre de droit de toutes les commissions. En cas d'absence du président, il pourra être représenté par le vice-président de son choix.

Le directeur général est membre de droit de toutes les commissions. Le directeur général désigne un représentant salarié qui prend en charge la commission concernée.

Deux au maximum des vice-présidents, en leur simple qualité d'administrateur, sont présents dans toutes les commissions. Dans l'hypothèse de l'absence d'un ou des deux vice-présidents, ils peuvent être remplacés par le vice-président n'appartenant pas à la commission.

Chaque commission désigne un administrateur qui aura la qualité de responsable ou responsable par projet.

La fonction d'administrateur au sein d'une commission implique seulement sa présence le jour où elle siège. Toutes opérations extérieures relèvent de la stricte compétence du représentant du directeur général sous son contrôle. Toutefois, le représentant du directeur général peut demander à un ou plusieurs administrateurs de la commission qu'il anime de participer, le cas échéant, à des réunions opérationnelles.

Le représentant du directeur général établit un procès verbal de chaque réunion de la commission dont il a la charge, qu'il remet

au directeur général. Il est ensuite validé par la commission. Étant précisé que le représentant du directeur général tient ses pouvoirs par application de l'article 38 des statuts de la mutuelle. Un rapport trimestriel est établi par chaque commission et remis au conseil d'administration. Ce dernier en fera une synthèse qu'il présentera à chaque assemblée générale.

Chaque commission dispose d'un règlement intérieur validé par le conseil d'administration.

L'absence non justifiée d'un administrateur à deux réunions consécutives entraîne son exclusion de la commission.

Par justification on entend l'information faite auprès de la mutuelle explicitant l'absence tels que l'activité professionnelle, la représentation à d'autres instances mutualistes, des périodes de vacances ou tout autre cas de force majeure.

Article 37 : Renouvellement des membres de la commission

Le poste de responsable est pourvu pour une durée de deux ans afin de mener à son terme chaque mission dont il a la charge. A l'échéance le conseil d'administration nomme un responsable pour la nouvelle période.

Les autres membres de la commission autre que le responsable et le représentant du directeur sont nommés par le conseil d'administration pour une durée de deux ans.

En effet, selon la volonté du conseil d'administration et pour que les administrateurs aient une vision globale de la vie de la mutuelle, il est fondamental que chacun d'entre eux occupe tous les deux ans un poste dans une commission différente.

Article 38 : Nomination et rôle du directeur général

Le président nomme le directeur général. Il propose au conseil d'administration de lui consentir les délégations de pouvoir nécessaires en vue d'assurer dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, le fonctionnement de la mutuelle.

Le directeur général peut, sous son contrôle et sa responsabilité, établir toute subdélégation de pouvoir pour des objets déterminés et précis. Il doit en informer le conseil d'administration.

Le directeur général assiste au conseil d'administration et, à l'invitation du président, aux réunions du bureau.

SECTION 4 : Contrôle interne

Article 39 : Contrôle interne de la mutuelle

La mutuelle institue un contrôle interne qui vise à s'assurer que les décisions prises soient correctement appliquées, que la qualité des activités de Landes Mutualité soit garantie à un niveau minimum et qui permette de déceler les anomalies de fonctionnement auxquelles il conviendra de remédier.

Pour ce faire, une note de procédure sera établie par le conseil d'administration, sur proposition du directeur général, afin qu'un processus de contrôle soit formalisé, suivi et respecté.

SECTION 5 : Statut des Administrateurs

Article 40 : Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Toutefois, compte tenu de la taille de la mutuelle et de son développement croissant, l'assemblée générale peut décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées. Par attribution permanente, on comprend notamment la participation affective des administrateurs aux commissions telles que visées à l'article 37 des présents statuts.

Cependant, ces indemnités sont versées dans les limites et sous les réserves prévues aux articles L.114-26 à L.114-28 du code de la mutualité. Au surplus, elle respecte les dispositions de l'article L.114-26 relative aux administrateurs ayant une activité professionnelle.

Les administrateurs apportent à la mutuelle en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole dans le cadre des missions qui leurs sont confiées.

Chacun des administrateurs, bénéficiant d'une indemnité, présente au conseil d'administration de la mutuelle un compte rendu annuel des activités qu'il exerce et du temps passé au service de la mutuelle (article R 114-6 - II du code de la mutualité).

Article 41 : Remboursement des frais

Dans les conditions déterminées par l'article L.114-26 du code de la mutualité, la mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour dans les conditions déterminées par le code de la mutualité.

Article 42 : Convention d'indemnisation employeur

Pour permettre aux administrateurs salariés d'exercer leur fonction pendant le temps de travail, la mutuelle rembourse à l'employeur dans les limites fixées par la réglementation en vigueur, les rémunérations maintenues ainsi que les avantages et charges y afférant.

Une convention fixant les conditions de ce remboursement est établie entre la mutuelle et l'employeur.

Article 43 : Interdictions liées à la fonction d'administrateur

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la 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.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Les anciens membres du conseil d'administration ne peuvent exercer de fonction 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.

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 44, 45 et 46 des présents statuts.

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

Il est interdit aux administrateurs 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, 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.

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

Article 44 : 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.

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.

Un administrateur qui ne se conformerait pas aux statuts, au règlement intérieur, au fonctionnement des commissions ou aux décisions du conseil d'administration, et après un rappel du conseil d'administration du manquement à ses obligations pourrait se voir révoquer par le conseil d'administration après avoir présenté ses observations dans un délai de quinze jours à compter du manquement.

Article 45 : Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du conseil d'administration

Sous réserve des dispositions de l'article 43 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation

préalable du conseil d'administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur 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 de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

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

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

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

Article 46 : Conventions courantes autorisées et soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs, telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité, sont communiquées par ce dernier au président du conseil d'administration. La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués par le président aux membres du conseil d'administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'assemblée générale dans les conditions de l'article L.114-33 du code de la mutualité.

Article 47 : Responsabilité des administrateurs

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE III PRESIDENT ET BUREAU

SECTION 1 : Élection et mission du président

Article 48 : Élection et révocation du président

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

Le président est élu à bulletin secret dans les conditions suivantes :

- *Scrutin uninominal majoritaire à deux tours.*

Au premier tour, la majorité absolue est requise. Au second tour, la majorité relative est suffisante.

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

La déclaration des candidatures aux fonctions de président du conseil d'administration doit être envoyée au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, cinq jours francs au moins avant la date de l'élection.

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

Article 50 : Attributions

Le président du conseil d'administration organise et dirige les tra-

voux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale.

Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application de l'article L.510-8 du code de la mutualité.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage les recettes et les dépenses.

Le président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Conformément à l'article 38 des présents statuts, le président nomme le directeur général. Il propose au conseil d'administration de lui consentir les délégations de pouvoir nécessaires en vue d'assurer dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, le fonctionnement de la mutuelle.

SECTION 2 : Élection et attributions des membres du Bureau

Article 51 : Élection et révocation

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

Les candidatures au poste de membre du bureau sont adressées par pli recommandé avec avis de réception à la mutuelle, cinq jours au plus tard avant la date de l'élection.

Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le conseil d'administration.

En cas de vacance, et pour quelque cause que ce soit, le conseil d'administration, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Article 52 : Composition du Bureau

Le bureau est composé de la façon suivante :

- le président du conseil d'administration
- un premier vice-président
- un deuxième vice-président
- un troisième vice-président
- un secrétaire général
- un secrétaire général adjoint
- un trésorier général
- un trésorier général adjoint

L'un des vice-présidents est obligatoirement une femme.

Chaque membre du bureau se voit attribuer des missions spécifiques autres que celles inhérentes à sa fonction primaire. Ces missions sont précisées dans des délégations d'attributions validées en conseil d'administration.

Article 53 : Convocation

Le bureau se réunit sur convocation du président, en fonction des exigences de la bonne administration de la mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du bureau cinq jours francs 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. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé par le bureau lors de la séance suivante.

Article 54 : Vice-présidents

Le conseil d'administration de la mutuelle élit trois vice-présidents.

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

En cas de vacance du président, le premier vice-président ou à défaut le deuxième ou le troisième vice-président peuvent remplacer provisoirement le président dans l'attente de l'élection d'un nouveau président.

Article 55 : Secrétaire général et secrétaire général adjoint

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

Le secrétaire général adjoint seconde le secrétaire général. En cas d'empêchement de celui-ci il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 56 : Trésorier et trésorier adjoint

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

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

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

Il prépare et soumet à la discussion du conseil d'administration :

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

Sans préjudice de ce qui est dit à l'article 44 – alinéa 1, le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnement, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés et ce dans le cadre des délégations de pouvoir définies par le conseil d'administration.

Le trésorier général adjoint seconde le trésorier. En cas d'empêchement de celui-ci il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes les fonctions.

CHAPITRE IV :

ORGANISATION FINANCIERE

SECTION 1 : Produits et Charges

Article 57 : Produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

- 1° les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- 2° les dons et les legs,
- 3° les produits résultants de l'activité de la mutuelle,
- 4° plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers et subventions.

Article 58 : Charges

Les charges comprennent :

- 1° les diverses prestations servies aux membres participants,
- 2° les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
- 3° les versements faits aux unions et fédérations,
- 4° la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- 5° les cotisations versées au Fonds de Garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds,
- 6° les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-6 du code, de la mutualité,
- 7° la redevance prévue à l'article L.951-1 du code de la sécurité sociale et affectée aux ressources de la l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles pour l'exercice de

ses missions,

- 8° plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

Article 59 : Vérifications préalables

Les dépenses de la mutuelle sont engagées par le président et payées par le trésorier ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues à l'article 35 des présents statuts.

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

SECTION 2 : Modes de placements des fonds et règles de sécurité financière

Article 60 : Marge de solvabilité

Les modes de placement des fonds et des règles de sécurité financière appliquées sont celles qui sont prévues par les textes réglementaires en vigueur.

Article 61 : Système Fédéral de Garantie

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

SECTION 3 : Commissaires aux Comptes

Article 62 : Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L.114-38 du code de la mutualité, l'assemblée générale nomme, pour six ans, au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.225-19 du code de commerce. Le mandat du commissaire aux comptes prend fin après la réunion de l'assemblée générale qui statue sur les comptes du 6^{ème} exercice suivant sa désignation.

Le président convoque le commissaire aux comptes à toute assemblée générale.

Le commissaire aux comptes exerce les missions et effectue les contrôles et vérifications qui lui sont dévolus par la loi, en particulier, par les articles L.114-38 à L.114-40 du code de la mutualité.

SECTION 4 : Fonds d'établissement

Article 63 : Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme quatre cent mille euros.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 25 des statuts, sur proposition du conseil d'administration.

Dans l'hypothèse où la mutuelle appelle auprès de ses membres participants des droits d'adhésion, ils sont affectés au fonds d'établissement.

SECTION 5 : Fonds social

Article 64 : Définition

La mutuelle dispose d'un fonds social pour mettre en œuvre des actions sociales ou des secours exceptionnels.

Des secours exceptionnels peuvent être accordés, par la commission de secours déléguée à cet effet, aux membres participants et à leurs ayants droit lorsqu'ils sont particulièrement touchés par une situation difficile ou qu'ils doivent faire face à des dépenses exceptionnelles.

Ces situations difficiles peuvent être liées à la maladie ou l'accident, à la perte d'un emploi ou de ressources ou pour des dépenses de santé onéreuses.

Le fonds peut intervenir pour des frais de soins non couverts par les prestations définies aux règlements des garanties et aux contrats d'assurance collective.

La mise en œuvre des actions sociales est décidée par le conseil d'administration ou toute structure ou personne à qui il a donné délégation.

Article 65 : Fonctionnement

Les règles de fonctionnement pour les secours exceptionnels sont les suivantes :

- une commission de secours composée de cinq à huit administrateurs, élue par le conseil d'administration, gère le fonds social,
- la commission peut s'adjoindre un ou plusieurs intervenants extérieurs, avec voix consultative, pour leurs compétences sociales ou médicales,
- les dossiers présentés à la commission sont instruits par le personnel de la mutuelle.

Le financement du fonds social est définie par l'assemblée générale alloue une enveloppe annuelle à ce fonds.

Article 66 : Champs d'intervention du fonds social

Les conditions d'intervention pour les secours exceptionnels sont les suivantes:

- avoir effectué une demande d'aide ou de secours auprès de l'assurance maladie obligatoire (Fonds d'Action Sanitaire et Sociale ou Commission de Recours Amiable) dans le cas d'une demande pour des prestations santé,
- le bénéficiaire doit être inscrit à la mutuelle,
- le bénéficiaire doit être à jour de ses cotisations.

Article 67 : Pièces à fournir

Pour établir les dossiers de secours exceptionnel avant leur présentation devant la commission, les éléments suivants peuvent être demandés:

- un courrier explicatif,
- un devis,
- une facture acquittée,
- décompte de l'assurance maladie obligatoire,
- déclaration de ressources et autres justificatifs de ressources,
- décision de la demande d'aide faite auprès de l'assurance maladie obligatoire dans le cas de prestation santé,
- et plus généralement tout document de nature à éclairer la commission sur la demande présentée.

Article 68 : Décision

Pour prendre sa décision concernant les dossiers de secours exceptionnels, la commission pourra examiner entre autres critères :

- la situation familiale
- l'âge,
- la situation professionnelle,
- le niveau de revenu,
- l'ancienneté dans la mutuelle,
- l'ancienneté dans la garantie,
- le niveau de la garantie souscrite,

Lorsque la commission de secours a pris sa décision elle devient irrévocable.

TITRE III :

INFORMATION DES ADHERENTS

Article 69 : Etendue de l'information

Chaque membre participant reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement des garanties le concernant. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

Il est informé :

- des actions, services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

TITRE IV :

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 70 : 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 exposée, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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

Article 71 : Dissolution volontaire et liquidation de la mutuelle

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 25 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 au pouvoir des administrateurs.

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 à l'article 25 des présents statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes mentionnées à l'article L.421-1 du code de la mutualité ou au Fonds de Garantie mentionné à l'article L.431-1 du code de la mutualité.

Article 72 : Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts, et des règlements des garanties ou des contrats d'assurance collective, le membre participant peut avoir recours au service du médiateur désigné par le conseil d'administration de la mutuelle.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser au siège de la mutuelle à l'attention du médiateur, par lettre recommandée avec avis de réception.

Le médiateur exerce sa mission en tout indépendance et dispose des moyens nécessaires à sa mission.

Il peut faire appel en cas de besoin à tout expert qu'il juge utile.

Article 73 : Interprétation

Les statuts, les règlements des garanties individuelles ou collectives, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Les statuts, les contrats d'assurance collective et les bulletins d'affiliation sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Article 74 : Informatique et Libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Le membre participant peut s'opposer à ce que ses coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans un but de prospection commerciale, en adressant à la mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

REGLEMENT INTERIEUR

SOMMAIRE

Chapitre I :

Objet – date d’effet

Article 1 : Objet	12
Article 2 : Date d’effet	12

Chapitre II :

Administration de la mutuelle

Article 3 : Sections de vote à l’assemblée générale	12
Article 3.1. Section de vote comprenant les adhésions individuelles	12
Article 3.2. Section de vote comprenant les adhésions collectives	12
Article 3.3. Section de vote comprenant les membres honoraires sans adhésion	12
Article 4 : Élection des délégués à l’assemblée générale	12
Article 5 : Élection des délégués au conseil d’administration	12
Article 6 : Vacance en cours de mandat d’un délégué de section	12

Chapitre III :

Organisation des sections de la mutuelle

Article 7 : Objet	12
Article 8 : Commission de gestion	13
Article 9 : Réunions de la commission de gestion	13

CHAPITRE I
OBJET – DATE D'EFFET

Article 1 : Objet

Le présent règlement intérieur a pour objet de préciser les conditions d'application des statuts de Landes Mutualité.

Tous les membres de la mutuelle sont tenus de s'y conformer.

Article 2 : Date d'effet

Le conseil d'administration réunit le 13 juin 2007 adopte le présent règlement intérieur. Il s'applique dès son adoption. Il est présenté à la plus prochaine assemblée générale pour ratification.

Le conseil d'administration peut apporter des modifications au règlement intérieur qui s'appliquent directement.

Ces modifications sont présentées à la plus prochaine assemblée générale pour ratification.

CHAPITRE II
ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Article 3 : Sections de vote à l'assemblée générale

Conformément à l'article 14 des statuts, trois sections de vote sont constituées au sein de la mutuelle.

Puis, tous les membres de la mutuelle sont groupés au sein de chaque section par territoire. Le ressort territorial est fixé par le conseil d'administration.

Trois sections de vote sont créées et se répartissent comme suit :

- une section de vote comprenant les adhésions individuelles (bulletin d'adhésion) ;
- une section de vote comprenant les adhésions collectives (bulletin d'adhésion ou contrat) ;
- une section de vote comprenant des membres honoraires, non signataires de bulletin d'adhésion ou de contrat.

Au sein de chaque section de vote, les membres élisent des délégués titulaires.

En l'absence de candidatures suffisantes au sein d'une section de vote, il peut être accepté des candidatures au titre d'une autre section de vote sans que le total de candidatures ne dépasse le maximum défini par l'article 16 des statuts, soit quatre vingt délégués.

L'acte de candidature à la fonction de délégué doit être adressé par lettre recommandée avec avis de réception à l'attention du président de la mutuelle, vingt et un jours avant la date du scrutin.

Sont électeurs tous les membres participants âgés d'au moins seize ans au moment de l'élection et à jour de leurs cotisations.

Article 3.1. Section de vote comprenant les adhésions individuelles

Cette section comporte exclusivement des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle.

Elle comporte 60 délégués titulaires élus au sein de la section. Pour être représentatifs, le conseil d'administration les répartit par zones géographiques appelées "pays". Cette représentativité s'organise par collège. Elle est fonction des effectifs des membres participants par "pays", arrêtés au 31 décembre de l'année précédant les élections.

- Collège A représentant les Landes : 48 délégués
- Collège B représentant le Pays Basque : 3 délégués
- Collège C représentant le Béarn : 2 délégués
- Collège D représentant la Bigorre : 1 délégué

- Collège E représentant le Gers : 2 délégués
- Collège F représentant la Gironde : 1 délégué
- Collège G représentant le reste de la France : . . 3 délégués

Article 3.2. Section de vote comprenant les adhésions collectives

Cette section comporte exclusivement des membres honoraires, personnes morales ou physiques, qui adhèrent à un règlement collectif ou à un contrat d'assurance collectif.

Elle comporte 15 délégués titulaires élus au sein de la section. Pour être représentatifs, le conseil d'administration les répartit par zones géographiques appelées "pays". Cette représentativité s'organise par collège. Elle est fonction des effectifs des membres participants par "pays", arrêtés au 31 décembre de l'année précédant les élections.

- Collège A représentant les Landes : 6 délégués
- Collège B représentant le Pays Basque : 2 délégués
- Collège C représentant le Béarn : 2 délégués
- Collège D représentant la Bigorre : 1 délégué
- Collège E représentant le Gers : 1 délégué
- Collège F représentant la Gironde : 1 délégué
- Collège G représentant le reste de la France : . . 2 délégués

Article 3.3. Section de vote comprenant les membres honoraires qui n'adhèrent à aucune garanties

Cette section comporte exclusivement des membres honoraires, qui n'adhèrent à aucun règlement collectif ou à un contrat d'assurance collectif.

Elle comporte 5 délégués titulaires au plus élus par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Article 4 : Élection des délégués à l'assemblée générale

Les élections des délégués ont lieu à bulletins secrets suivant le mode de scrutin uninominal à un tour. A l'issue des opérations de vote, une commission, désignée par le conseil d'administration, est chargée du dépouillement des bulletins.

Est proclamé élu comme délégué titulaire, le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages et, à égalité de voix, le plus jeune.

Article 5 : Élection de délégués au conseil d'administration

Conformément à l'article 27 des statuts, il y a 27 administrateurs au plus au conseil d'administration dont la composition est la suivante:

- 18 administrateurs issus des délégués de la section de vote des membres participants individuels;
- 7 administrateurs issus des délégués de la section de vote des membres honoraires collectifs;
- 2 administrateurs au plus issus des délégués de la section de vote des membres honoraires non signataires de bulletin d'adhésion ou de contrat d'assurance collectif.

Article 6 : Vacance en cours de mandat d'un délégué de section

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section, il est procédé avant la prochaine assemblée générale, si elle n'est pas convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

CHAPITRE II
ORGANISATION DES SECTIONS DE LA MUTUELLE

Article 7 : Objet de la section organisée par "pays"

La section mutualiste a notamment pour but :

- de développer l'action mutualiste en faisant connaître la mutualité en général et Landes Mutualité qu'elle représente ;

- d'améliorer les services de proximité rendus aux membres participants ;
- d'être l'intermédiaire entre les mutualistes et le conseil d'administration de Landes Mutualité ;
- d'apporter éventuellement une entraide dans le cadre de la section locale mutualiste ;
- d'être l'organe responsable de tout ce qui relève des relations publiques locales.

Article 8 : Commissions de gestion

Conformément à l'article 19 des statuts, chacune des trois sections sont administrées par deux commissions de gestion à laquelle le conseil d'administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs.

Ces deux commissions de gestion sont organisées par "pays" comme suit :

Commission A :

- Landes
- Gironde
- Autres départements

Commission B :

- Pays Basque
- Béarn
- Bigorre
- Gers

Le conseil d'administration nomme quatre membres pour chacune des deux commissions de gestion et ce parmi les catégories de membres participants et les catégories de membres honoraires.

Chaque commission de gestion est composée de la façon suivante :

- un président ;
- un vice-président ;
- un trésorier ;
- un secrétaire.

Le secrétaire est chargé des convocations et de la tenue des livres de délibérations.

Le trésorier est chargé des opérations comptables de la section, s'il y a lieu. Il fournira chaque année un bilan détaillé des recettes et des dépenses de la section locale mutualiste au conseil d'administration concernant notamment les budgets attribués par Landes Mutualité pour mener à bien les relations publiques locales.

Article 9 : Réunion des commission de gestion

Les commissions de gestion se réunissent ponctuellement selon ce qu'exige la bonne marche des "pays" qu'elles représentent et dont elles ont la responsabilité. Elles sont présidées par le président de Landes Mutualité.

Le directeur général est membre de droit des deux commissions de gestion.

REGLEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ INDEMNITES JOURNALIERES DECES ADHESION INDIVIDUELLE

SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Section 1 : Objet et garanties

Article 1 : Objet	15
Article 2 : Garanties	15
Article 3 : Définitions	15

Section 2 : Adhésion

Article 4 : Adhésion et modalités	15
Article 4.1 : Adhésion	15
Article 4.2 : Ouverture des droits	16
Article 5 : Effet – Durée de l'adhésion	16
Article 6 : Incidence à l'âge de l'adhésion	16

Section 3 : Ouverture, modification et cessation des garanties

Article 7 : Entrée en vigueur des garanties	16
Article 8 : Changement d'option des garanties frais de santé par le membre participant	16
Article 9 : Modification des garanties indemnités journalières par le membre participant	16
Article 10 : Modification des garanties «décès» par le membre participant	17
Article 11 : Modification des garanties à l'initiative de la mutuelle	17
Article 12 : Cessation des garanties	17

Section 4 : Résiliation

Article 13 : Résiliation à l'initiative du membre participant	17
Article 13.1 : Faculté de résiliation annuelle	17
Article 13.2 : Faculté de résiliation exceptionnelle	17
Article 14 : Résiliation à l'initiative de la mutuelle	17
Article 14.1 : Faculté de résiliation	17
Article 14.2 : Exclusion des membres participants	17

Section 5 : Prescription - Subrogation

Article 15 : Prescription	17
Article 16 : Subrogation	17

TITRE II : COTISATIONS

Article 17 : Fixation et évolution des cotisations	18
--	----

Section 1 : Mode de calcul des cotisations

Article 18 : Principes généraux	18
Article 19 : Bénéficiaire du crédit d'impôt	19
Article 19.1 : Conditions pour bénéficiaire du crédit d'impôt	19
Article 19.2 : Montant de la réduction	19
Article 19.3 : Durée de la réduction	19

Section 2 : Paiement des cotisations

Article 20 : Règlement des cotisations	19
Article 21 : Non paiement des cotisations	19
Article 22 : Exonération de la cotisation	19

TITRE III : GARANTIES FRAIS DE SANTE

Section 1 : Définitions

Article 23 : Définition des garanties	19
Article 24 : Définition des bénéficiaires	19

Section 2 : Prestations

Article 25 : Soins en milieu hospitaliers	19
Article 26 : Médecine de ville	19
Article 27 : Parcours de soins	20
Article 28 : Liquidation des prestations	20
Article 28.1 : Liquidation au profit du bénéficiaire	20
Article 28.2 : Tiers payant	20
Article 29 : Modalités de paiement	20
Article 30 : Limite des remboursements	20
Article 31 : Évolution de l'assurance maladie	21

TITRE IV : GARANTIE INDEMNITES JOURNALIERES

Section 1 : Définitions

Article 32 : Définition de la garantie	21
Article 33 : Définition du bénéficiaire	21

Section 2 : Prestations

Article 34 : Délai de franchise	21
Article 35 : Montant de la prestation	21
Article 36 : Date et durée du versement	21
Article 37 : Cessation de la garantie	21

TITRE V : GARANTIE DECES

Section 1 : Définitions

Article 38 : Définition de la garantie	21
Article 39 : Définition du bénéficiaire	21

Section 2 : Prestations

Article 40 : Montant de la prestation	21
Article 41 : Modalités de règlement des prestations	21
Article 42 : Exclusions	21
Article 43 : Cessation de la garantie	22

TITRE VI : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 44 : Contrôle	22
Article 45 : Forclusion – Remboursements exclus en frais de santé	22
Article 45.1 : Forclusion	22
Article 45.2 : Remboursements exclus	22
Article 46 : Fausses déclarations	22
Article 46.1 : Fausses déclarations intentionnelles	22
Article 46.2 : Fausses déclarations non intentionnelles	22
Article 47 : Informatique et libertés	22
Article 48 : Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles	23
Article 49 : Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance	23

TITRE I :

DISPOSITION GENERALES

Section 1 : *Objet et garanties*

Article 1 : **Objet**

Le présent règlement est établi par LANDES MUTUALITE, conformément au code de la mutualité et à l'article 4 des statuts. Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la mutuelle propose des garanties d'assurance (frais de santé, indemnités journalières, capitaux décès et frais d'obsèques) au profit de ses membres participants, dans le cadre d'opérations individuelles et ce, dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L. 112-1 du code de la mutualité.

La mutuelle, pour la garantie «frais de santé», ne peut instituer en faveur de ses membres participants aucun avantage particulier qui ne serait pas justifié par le revenu, la durée d'appartenance à la mutuelle, le régime de sécurité sociale d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres participants.

S'agissant des prestations, la mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

Pour ces opérations, la mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé du membre participant.

Ces garanties peuvent également être proposées par la mutuelle, sur la base d'une convention d'assurance collective à adhésion obligatoire en application de l'article L. 221-3 du code de la mutualité.

La mutuelle met également en œuvre une action sociale, financée par son fonds social tel que définit aux articles 3 et 64 à 68 des statuts.

Dans l'hypothèse où Landes Mutualité substitue une mutuelle, cette dernière continue de proposer ses propres garanties mais les engagements sont portés par Landes Mutualité. La mutuelle substituée a toutefois la possibilité de proposer et d'adhérer à une des gammes de Landes Mutualité dans les mêmes conditions que citées précédemment.

Article 2 : **Garanties**

Les garanties proposées par la mutuelle et objet du présent règlement, sont des garanties relatives :

- au remboursement de frais de santé (Titre III),
- au paiement des indemnités journalières, de capitaux décès, de frais d'obsèques (Titres IV et V)

Le présent règlement, relatif à la garantie frais de santé, a la qualité de contrat responsable au sens de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 de ce même code. En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursements suivront les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Article 3 : **Définitions**

- **Contrat responsable** : Landes Mutualité s'est engagée aux côtés de la sécurité sociale afin de contribuer à la responsabilisation des membres participants en vue de pallier le déficit de la sécurité sociale et de développer des actions de prévention. Pour ce faire, Landes Mutualité ne rembourse pas un forfait indiqué fixé en euros par la sécurité sociale. Il en est de même pour certains dépassements d'honoraires. En revanche elle prend à sa charge notamment le ticket modérateur sur les consultations d'un généraliste conventionné (secteur 1). En tout état de cause le tableau des garanties et des prestations remis au membre participant explicite l'ensemble du dispositif.
- **Parcours de soins** : le membre participant désigne un médecin traitant qui a la charge de la coordination et du suivi des soins de son patient.

- **Membre participant** : la personne physique signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations. C'est la personne qui est exposée aux événements garantis par le présent règlement. Le membre participant possède un droit de vote dans la section à laquelle il est rattaché.
- **Ayant droit** : la personne bénéficiant des prestations du règlement à la demande du membre participant.
- **Délai de stage** : c'est la période s'écoulant à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'à la prise d'effet d'une prestation garantie, période au cours de laquelle l'engagement d'une dépense de santé n'est pas indemnisé.
- **Plafond garanti** : le montant maximum de prestation pouvant être perçu par un bénéficiaire (membre participant ou ses ayants droit) par année civile et tel que mentionné aux tableaux des garanties.
- **Ticket modérateur** : part financière qui reste à la charge du membre participant après le remboursement de l'assurance maladie. Son taux peut varier en fonction des actes et médicaments, du respect ou non du parcours de soins coordonnés. La part du ticket modérateur prise en charge par la mutuelle est définie dans les tableaux de garanties.
- **Tiers payant** : situation où le membre participant est dispensé de faire l'avance des frais correspondants au montant de la prise en charge de la mutuelle. Les frais sont directement payés par la mutuelle au professionnel de santé ou à l'établissement de soins.

Section 2 : *Adhésion*

Article 4 : **Adhésion et Modalités**

Article 4.1 : **Adhésion**

Les membres participants peuvent faire bénéficier des prestations et services de la mutuelle à leurs ayants droit tels que définis à l'article 7 des statuts.

L'adhésion à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. Dans l'hypothèse où Landes Mutualité viendrait en substitution d'une autre mutuelle, le bulletin d'adhésion porterait les mentions prévues à l'article R.211-27 du code de la mutualité.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définies par le présent règlement.

Figurent notamment dans le bulletin d'adhésion :

- Nom et prénoms
- Situation de famille
- Age
- Adresse complète
- Activité professionnelle
- Régime obligatoire de sécurité sociale
- Liste des bénéficiaires accompagnée des documents attestant de leur situation
- Choix de la garantie par membre participant
- Périodicité choisie pour le paiement des cotisations
- Mode de paiement des cotisations
- Le revenu

Doivent être fournis également sur simple demande de la mutuelle :

- L'attestation de droit du régime obligatoire de sécurité sociale
- Une attestation d'attribution de la couverture maladie universelle (CMU)
- Un certificat de radiation
- Tout justificatif concernant la situation du membre participant.

Toute modification en cours d'adhésion de la situation du membre participant ou de ses ayants droit, telle que figurant sur le bulletin d'adhésion, doit être immédiatement signalée à la mutuelle.

Dans le cadre des garanties «indemnités journalières» et «décès», le membre participant, complète et signe une «déclaration de bonne santé» dans laquelle, il déclare:

- ne pas être en incapacité de travail
- ne pas être atteint à sa connaissance, d'une infirmité, d'une affection ou d'une maladie de quelque nature que ce soit;
- ne pas avoir subi de test de dépistage des sérologies d'hépatite B ou C, HIV 1 et 2 qui se soit révélé positif;
- ne pas avoir suivi ou suivre de traitement, ne pas avoir été hospitalisé, ne pas avoir subi d'intervention chirurgicale (à l'exclusion de l'ablation des végétations, des amygdales, de l'appendice ou des dents de sagesse, d'un accouchement, d'une césarienne ou d'une hernie) durant les dix dernières années et ne pas devoir, à sa connaissance, en subir une prochainement;
- ne pas avoir été en état d'incapacité de travail totale ou partielle et/ou ne pas avoir eu, au cours des cinq dernières années, d'arrêt de travail ou de traitement supérieur à trois semaines;
- ne pas exercer d'activité(s) professionnelle(s), activité(s) sportive(s) ou loisir(s) considéré(s) comme dangereux.
- reconnaître l'exactitude des renseignements donnés et être informé que toute déclaration inexacte ou omission peut entraîner la nullité de l'adhésion à la garantie.

En tout état de cause la déclaration de bonne santé sera remplie par l'intéressé ou par son médecin traitant, et adressée sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle.

Article 4.2 : Ouverture des droits

Pour leur permettre de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été conclue, la mutuelle délivre à ses membres participants des documents (carte ou tout autre pièce) permettant l'ouverture des droits à prestations.

Le membre participant ne peut en faire usage que s'il est à jour de ses cotisations. Dans le cas d'une utilisation non conforme, il s'engage à acquitter auprès de la mutuelle la dette dont il serait alors redevable.

En cas de radiation en cours d'année, le membre participant est tenu de restituer à la mutuelle sous 48 heures les documents qu'ils lui ont été délivrés.

Le bulletin d'adhésion doit être dûment complété. Après paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation, les droits du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit sont ouverts.

Article 5 : Effet – Durée de l'adhésion

- L'adhésion prend effet, sauf date d'effet expressément prévue, le premier jour du mois en cours ou le premier jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion, signé par le membre participant, selon le choix préférentiel de celui-ci.

Sous réserve de :

- l'encaissement du premier chèque de cotisations ou du paiement de la première échéance dans le cas d'un paiement par prélèvement bancaire ;
- l'application d'un délai de stage tel que précisé dans l'article 7 du présent règlement

– L'adhésion au régime «frais de santé» est viagère.

– L'adhésion est annuelle pour la garantie indemnités journalières et les garanties décès.

L'adhésion peut prendre fin dans les conditions prévues à l'article 12 du présent règlement.

Article 6 : Incidence à l'âge de l'adhésion

Toute personne âgée de plus de 70 ans, qui adhère à la mutuelle pour se garantir contre le risque maladie et/ou hospitalisation, paie le cas échéant, une cotisation établie et majorée en fonction de son âge, pour la durée viagère de son adhésion et ce, pour répondre à un principe de solidarité.

Section 3 : Ouverture, modification et cessation des garanties

Article 7 : Entrée en vigueur des garanties

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion, sous réserve du paiement de la première

cotisation.

Toutefois, la mutuelle se réserve le droit d'appliquer des délais de stage dans les conditions définies ci-dessous. Les garanties ne s'appliquent alors qu'à partir de l'expiration des délais de stage :

- trois mois pour toutes les prestations,
- six mois pour les frais de prothèses dentaires et d'orthodontie,
- dix mois pour les frais maternité.

Sont dispensés de stage :

- Les membres participants qui peuvent justifier avoir été couverts par des garanties considérées comme équivalentes par la mutuelle, dans les deux mois précédant leur adhésion à la mutuelle ;
- Le nouveau-né de parents membres participants ayant terminé la période de stage, dont l'inscription à la mutuelle est demandée dans l'année suivant sa naissance. Il en est de même en cas d'adoption, la date d'effet étant fixée sur présentation de la pièce officielle ;
- Les personnes demandant leur adhésion dans le cadre d'actions spécifiques.

Dans tous les cas de dispense de stage, seuls sont pris en charge les soins, actes médicaux ou hospitalisations commençés ou prescrits postérieurement à la date d'effet de l'adhésion.

Article 8 : Changement d'option des garanties «frais santé» par le membre participant

■ Augmentation du niveau de garanties

Le membre participant peut demander l'augmentation du niveau de garanties.

Son acceptation par la mutuelle est soumise, pour le différentiel de prestations, à l'accomplissement d'éventuels délais de stage tels que prévus à l'article 7 ci-dessus et à l'application de plafonds garantis. Pendant ce délai, le membre participant bénéficie toujours des prestations correspondant à l'ancienne option.

Au-delà de l'âge de 70 ans, un membre participant qui demande à augmenter ses garanties sera soumis aux mêmes règles que celles prévues dans l'article 6 du présent règlement.

La modification ne peut être prise en compte qu'à partir du 1^{er} jour du mois suivant la date de la demande.

■ Diminution du niveau de garanties

Le membre participant peut demander la diminution du niveau de garanties à l'expiration d'un délai de douze mois à compter de son adhésion dans la garantie précédente.

Toutefois, il peut être dérogé à cette disposition quand le membre participant établit que des circonstances particulières, notamment économiques, lui imposent de procéder à cette réduction ou lorsqu'une garantie inclut des dispositions spécifiques.

Le retour à un niveau supérieur ne peut s'effectuer qu'après un délai de douze mois. A compter de la nouvelle prise d'effet de l'option choisie, les délais de stage contractuels s'appliquent.

La modification ne peut être prise en compte qu'à partir du premier jour du mois suivant la date de la demande.

Toute modification du choix des garanties donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.

Article 9 : Modification des garanties «indemnités journalières» par le membre participant

■ Augmentation du niveau de garanties

Le membre participant peut demander l'augmentation du niveau de garanties.

La nouvelle garantie prend effet à l'issue d'un délai de stage de 90 jours à compter de la demande.

■ Diminution du niveau de garanties

Le membre participant peut demander la diminution du niveau de garantie à l'expiration d'un délai de douze mois à compter de son adhésion dans la garantie précédente.

Toutefois, il peut être dérogé à cette disposition quand le membre participant établit que des circonstances particulières, notamment économiques, lui impose de procéder à cette réduction.

Le retour à un niveau supérieur ne peut s'effectuer qu'après un délai de douze mois. A compter de la nouvelle prise d'effet de l'option choisie, les délais de stage contractuels s'appliquent.

La modification ne peut être prise en compte qu'à partir du premier jour du mois suivant la date de la demande.

Toute modification du choix des garanties donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.

Article 10 : Modification des garanties «décès» par le membre participant

■ Augmentation du niveau de garanties

Le membre participant peut demander à augmenter le montant du capital décès en choisissant un nouveau montant de garantie, tel qu'indiqué dans le bulletin d'adhésion. La demande prend effet au premier jour du mois suivant la demande.

■ Diminution du niveau de garanties

Le membre participant peut demander à diminuer le montant du capital garanti, tel qu'indiqué dans le bulletin d'adhésion. La diminution prend effet à compter du premier jour du mois suivant la demande.

Toute modification du choix des garanties donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion et, le cas échéant, à une nouvelle désignation des bénéficiaires en cas de décès.

Article 11 : Modification des garanties à l'initiative de la mutuelle

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les modifications du montant des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Conformément à l'article L114-9 dernier alinéa du code de la mutualité, la mutuelle prend en toute circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles.

Article 12 : Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ;
- en cas de non paiement de la cotisation ;
- en cas de décès du membre participant.

L'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet pour tous les ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion au décès du membre participant. Dans ce cas, la radiation pour les autres garanties intervient au premier jour du mois suivant la date du décès, les cotisations étant dues jusqu'à cette date.

Toutefois, le conjoint peut demander à bénéficier des garanties sans délai de stage, à la condition d'en faire la demande dans un délai de six mois et d'adhérer à la mutuelle en signant un nouveau bulletin d'adhésion.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion (article 11.3 des statuts), sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Section 4 : Résiliation

Article 13 : Résiliation à l'initiative du membre participant

Article 13.1 : Faculté de résiliation annuelle

La résiliation à l'initiative du membre participant est appelée démission. La démission, impliquant la radiation du membre participant entraîne, celle de ses ayants droit tels que définis à l'article 12 des statuts sauf demande particulière dûment formulée.

La démission est adressée sous pli recommandé à la mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle, soit le 31 octobre de l'année en cours. Passé ce délai, la démission ne prendra effet qu'au 31 décembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date.

L'adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance annuelle de cotisation.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

Article 13.2 : Faculté de résiliation exceptionnelle

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si un membre participant apporte la preuve qu'un accord d'entreprise ou qu'une convention collective impose son affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite. Cette résiliation entraînera la radiation du membre participant. Le cas échéant, le trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la mutuelle.

A titre exceptionnel, il peut être mis fin en cours d'année à son adhésion par le membre participant. La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification (article L.221-17 du code de la mutualité).

La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Article 14 : Résiliation à l'initiative de la mutuelle

Article 14.1 : Faculté de résiliation

Conformément à l'article L. 221-17 du code de la mutualité, et s'agissant de la faculté de résiliation exceptionnelle, la mutuelle peut mettre fin à l'adhésion d'un membre participant à la garantie «frais de santé», dans les cas et conditions visées, à l'article 13.2 du présent règlement.

S'agissant de la garantie indemnités journalières et des garanties décès, la mutuelle peut résilier l'adhésion par lettre recommandée, en respectant un préavis de deux mois à compter de la date d'échéance de l'adhésion.

La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 23 du présent règlement.

Article 14.2 : Exclusion des membres participants

Peuvent être exclus les membres participants qui, de mauvaise foi, ont fait des déclarations inexactes ou ont omis de communiquer des informations, selon les modalités prévues par les articles L.221-14 et L.221-15 du code de la mutualité.

L'exclusion d'un membre participant entraîne la cessation de la couverture prévue par le présent règlement, à compter de la décision d'exclusion.

En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.

La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L 221-17 du code de la mutualité.

Section 5 : Prescription – Subrogation

Article 15 : Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court qu'en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.

Pour la garantie décès, la prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant.

Article 16 : Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Pour le paiement des prestations à caractère forfaitaire en cas d'accident de la circulation, lesquelles constituent une avance sur indemnités de la part de la mutuelle, cette dernière est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits

et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à déclarer à la mutuelle tout accident dont ils sont victimes.

TITRE II : COTISATIONS

Article 17 : Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de l'assemblée générale. Les cotisations peuvent être modifiées à tout moment par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Section 1 : Mode de calcul des cotisations

Article 18 : Principes généraux

Les cotisations sont déterminées en fonction d'une cotisation forfaitaire exprimée en euros et indiquées sur le bulletin d'adhésion. Elles sont fonction de l'âge à l'adhésion et peuvent évoluer par la suite régulièrement en fonction de cet âge.

Elles peuvent être familiales ou individuelles, selon les options retenues lors de l'adhésion.

Elles peuvent varier en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à la mutuelle ou du régime de sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence, ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants.

Elles intègrent le prélèvement lié à la couverture maladie universelle (CMU) et les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques dont le montant ou les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements de ces organismes.

Article 19: Bénéficiaires du crédit d'impôt

Certains membres participants de la mutuelle peuvent bénéficier d'un «crédit d'impôt», au sens de l'article L 863-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Ce «crédit d'impôt» consiste en une réduction que peut accorder la mutuelle sur le tarif annuel des cotisations normalement applicable à ce membre participant. Il ne s'applique que sur la garantie «frais de santé».

Article 19.1 : Conditions pour bénéficier du crédit d'impôt

Les conditions pour bénéficier de cette réduction sont les suivantes :

- Résider en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière;
- Que le contrat souscrit ne couvre pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (fixée à 1 euro au 1^{er} janvier 2005) ;
- Avoir des ressources, comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 15 % ;
- Adhérer à un contrat qui respecte le cahier des charges des contrats «responsables» à compter du 1^{er} janvier 2006.

La caisse d'assurance maladie remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit à réduction. Sur présentation de cette attestation à la mutuelle, l'intéressé peut bénéficier de la réduction.

Article 19.2 : Montant de la réduction

Le montant de la réduction au titre du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer (au sens de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale), couvertes par le ou les contrats.

Il est égal à 200 euros par personne âgée de vingt-cinq à cinquante-neuf ans, de 100 euros par personne âgée de moins de vingt-cinq ans et de 400 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de l'année.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.

Le montant du crédit d'impôt ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime.

Article 19.3 : Durée de la réduction

Le droit à réduction est ouvert pour un an à compter du premier jour du mois qui suit l'adhésion à la mutuelle.

Toutefois, si à la date de remise de l'attestation, le membre participant est déjà assuré par la mutuelle, pour une garantie «frais de santé», le droit à réduction prend effet à cette date.

La mutuelle délivre au membre participant une attestation de la date d'effet du droit à réduction d'impôt. Le membre participant bénéficie à compter de cette date et pour la même durée du crédit d'impôt.

En cas de suspension par la mutuelle du versement des prestations prévues au règlement des garanties, notamment en cas de non-paiement à l'échéance par le membre participant de la prime ou de la cotisation, le bénéfice du crédit d'impôt est suspendu.

Si l'adhésion prend fin au cours de la période d'un an, il est mis un terme au droit à réduction. La mutuelle remet alors au membre participant une attestation indiquant la liste des personnes couvertes par la réduction d'impôt et précisant la date à laquelle l'adhésion a pris fin. Le membre participant fournit cette attestation à l'appui de sa nouvelle demande de droit à réduction.

Lorsque le droit à réduction s'exerce dans le cadre de plusieurs adhésions souscrites par des personnes différentes d'un même foyer :

- 1°/ La demande de renouvellement est déposée, pour l'ensemble des personnes composant le foyer, au moins deux mois et au plus quatre mois avant l'échéance du droit à réduction ;
- 2°/ Une appréciation anticipée des ressources ne peut être demandée que si tous ces adhésions ont pris fin ;
- 3°/ Si l'une des personnes n'est plus couverte, pour des raisons indépendantes de sa volonté, par son adhésion, sans que toutes les autres adhésions aient pris fin et alors que la période du droit à réduction n'est pas expirée, la mutuelle lui remet, à sa demande, l'attestation mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 863-1 du code de la sécurité sociale et une attestation indiquant la durée pendant laquelle elle a exercé son droit à réduction. L'intéressé remet ces deux attestations à l'organisme auprès duquel il adhère à nouveau.

En cas de naissance ou d'adoption ou d'arrivée d'un enfant mineur à charge dans un foyer bénéficiaire du droit à réduction, l'enfant donne droit, pour la période de droit restant à courir, à la réduction prévue par cet article pour le membre participant.

Lorsque le bénéficiaire du droit à déduction cesse de résider en France, il est tenu d'en informer l'organisme auprès duquel il a fait valoir son droit. Le bénéfice de la déduction et du crédit d'impôt est interrompu.

Section 2 : Paiement des cotisations

Article 20 : Règlement des cotisations

Le paiement de la cotisation est annuel. Il intervient selon des modalités définies au bulletin d'adhésion. Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être mensuelle, trimestrielle ou semestrielle.

Le fractionnement au semestre, au trimestre ou au mois, ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour les paiements par prélèvements automatiques.

Le membre participant choisit son mode de paiement à l'adhésion. Il peut en changer sur demande écrite de sa part auprès de la mutuelle. La modification interviendra au plus tôt le premier du mois suivant la réception de la demande par la mutuelle.

◆ Si choix du prélèvement automatique

Le membre participant devra transmettre à la mutuelle une autorisation de prélèvement bancaire accompagnée d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne. Le membre participant indique dans le bulletin d'adhésion le jour d'échéance auquel la mutuelle prélèvera la part de cotisation entre le premier et le quinze du mois.

En cas de premier rejet d'un prélèvement, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix jours, le prélèvement rejeté sera représenté avec le prélèvement du mois qui suit.

En cas d'incidents de paiement répétés (deux rejets consécutifs de prélèvements), la mutuelle applique une procédure de recouvrement tel que définit à l'article 21 du présent règlement.

En cas de rejet de prélèvement pour notamment le motif suivant «compte insuffisamment provisionné», il sera imputé au membre participant des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

◆ **Si choix du paiement par chèque**

Le paiement de la cotisation par chèque doit parvenir à la mutuelle à compter de l'échéance prévue au bulletin d'adhésion. En cas de premier rejet de chèque, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix jours, la mutuelle applique une procédure de recouvrement tel que définit à l'article 21 du présent règlement.

En cas de rejet de chèque pour notamment le motif suivant «compte insuffisamment approvisionné», il sera imputé au membre participant des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

◆ **Si choix du paiement en espèces**

Le paiement en espèces n'est autorisé que dans la limite de 762,25 Euros et, sous réserve qu'il corresponde exactement à la somme due, au centime près.

Article 21 : Non paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, les garanties seront suspendues trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets à midi le lendemain du jour où a été payée à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la mutuelle pourra exiger, le cas échéant, le remboursement des prestations, versées après la résiliation des garanties pour non paiement des cotisations.

Article 22 : Exonération de la cotisation

Sont exonérés de la cotisation :

- les enfants à partir du troisième, lorsqu'ils sont tous à charge et ce, jusqu'à ce qu'ils perdent cette qualité.

TITRE III : GARANTIES FRAIS DE SANTE

Section 1: Définition

Article 23 : Définition des garanties

Les garanties frais de santé ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie

en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale française au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Il peut également s'agir des prestations en espèces ou des prestations supplémentaires à celles versées par la sécurité sociale. Ces prestations sont précisées dans les tableaux des garanties joints au présent règlement.

Il peut également s'agir de prestations en inclusion aux garanties dont le montant forfaitaire est défini au bulletin d'adhésion du membre honoraire et indiqué au bulletin d'affiliation du membre participant.

La prise en charge des prestations s'effectue sous réserve que les droits soient ouverts à la date des prestations (article 4.2 du présent règlement).

Article 24 : Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties sont définis dans le bulletin d'adhésion.

Ils peuvent être, selon les garanties souscrites et sous réserve de dérogations spécifiques :

- le membre participant ;
- le ou les ayants droit

Les ayants droit du membre participant sont :

- le conjoint légitime, le concubin, la personne ayant conclu avec le membre participant un contrat relevant du régime juridique du Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint, de son concubin, ou de la personne avec lequel il est pacsé, tels qu'ils sont définis aux articles L313-3 – R313-12 et aux six derniers alinéas de l'article R313-14 du code de la sécurité sociale.

Section 2 : Prestations

Article 25 : Soins en milieu hospitalier

La mutuelle prend en charge les soins ou frais suivants, sous réserve des conditions d'application des garanties :

- frais de séjour
- forfait journalier
- chambre particulière
- honoraires et soins
- frais d'accompagnant
- frais de transport
- télévision

La mutuelle prend en charge sur la base du tarif applicable à l'établissement dans lequel séjourne le bénéficiaire, ses frais de séjour sous déduction d'une participation aux frais par le régime obligatoire.

La mutuelle ne peut être tenue pour responsable si le bénéficiaire, ayant la chambre particulière dans sa garantie, ne peut en bénéficier par manque de place disponible dans l'établissement qu'il aura choisi.

Les frais d'accompagnant concernent exclusivement les frais occasionnés par l'hospitalisation d'un bénéficiaire et sous réserve qu'ils relèvent des dépenses facturées par l'établissement de soins et soient de la stricte consommation personnelle de l'accompagnant.

Les droits et obligations réciproques sont définis par les règlements particuliers des différentes garanties proposées.

Article 26 : Médecine de ville

La mutuelle prend en charge les soins ou frais suivants, sous réserve des conditions d'application des garanties :

- honoraires médicaux
- soins des auxiliaires médicaux
- pharmacie
- analyses médicales
- soins et prothèses dentaires, orthodontie
- appareillage orthopédique et autres prothèses
- optique médicale
- acoustique
- cures thermales (soins, forfaits cure)
- etc.

Les droits et obligations réciproques sont définis par les règlements particuliers des différentes garanties proposées.

Article 27 : Parcours de soins

La déclaration d'un médecin traitant n'est pas obligatoire, mais permet un meilleur remboursement.

Le membre participant entre dans le parcours de soins en ayant déclaré un «médecin traitant» à la sécurité sociale, sur un formulaire fourni par les caisses.

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié en cas de problème de santé; il peut diriger le membre participant vers, par exemple, le dermatologue s'il le juge nécessaire : c'est la «coordination des soins».

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par ce «parcours» et peuvent consulter sans restriction tous les spécialistes nécessaires.

Article 28 : Liquidation des prestations

Les prestations sont calculées sur la base de remboursement établie en fonction de la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoire en vigueur ou sur des montants forfaitaires, tels qu'indiqués dans les tableaux de garanties joints au présent règlement, déduction faite du remboursement des régimes obligatoires et exclusivement pour les soins pris en charge par ceux-ci.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits doivent être ouverts, conformément aux dispositions de l'article 4 du présent règlement.

Les prestations sont payées si la date des soins se situe pendant la période d'ouverture des droits. Les droits aux prestations sont ouverts dès la fin de la période de stage définie à l'article 7 sous réserve du paiement des cotisations appelées.

En cas de radiation, les droits aux prestations sont clos à compter de la date d'effet de la radiation.

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du tarif de responsabilité des régimes d'assurance maladie obligatoires français, et qui figurent dans la nomenclature des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Pour ce faire, le membre participant adresse à la sécurité sociale les pièces nécessaires au remboursement de tel sorte que la mutuelle puisse intervenir sur la base de la nomenclature des actes médicaux permettant à la mutuelle d'effectuer, le cas échéant, le remboursement des prestations complémentaires. Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité du régime obligatoire sont modifiés en cours d'année, la mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés. Tout dépassement de tarif devra être justifié.

Sauf exclusions générales ou particulières propres à chaque risque, la mutuelle complète les remboursements des régimes sociaux obligatoires selon le détail figurant dans les tableaux de garantie joints au présent règlement.

La mutuelle peut intervenir sur des prestations non prises en charge par les régimes obligatoires. Dans ce cas, elle prend en charge tout ou partie de la dépense telle que décrit dans les tableaux des garanties joints au présent règlement.

Article 28.1 : Liquidation au profit du bénéficiaire

Le règlement des prestations s'effectue par chèque ou virement bancaire ou postal sur le compte du membre participant ou de ses ayants droit :

- soit sur présentation des pièces justificatives originales suivantes :
- les décomptes originaux délivrés par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- les originaux des factures acquittées, établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, par les praticiens ;
- soit en relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire, sauf renonciation du membre participant ou de ses ayants droit.
- des justificatifs originaux pourront être exigés :

- pour les frais de santé particuliers, comme l'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais d'optique, les cures thermales, la maternité,...
- pour les actes refusés, mais codifiés par le régime obligatoire ;
- pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire (prothèses dentaires, par exemple).

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Article 28.2: Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la mutuelle a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

Dans ce cas, le montant dû est directement payé aux établissements hospitaliers ou aux professionnels de santé.

La mutuelle assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le membre participant ou, le cas échéant, par ses ayants droit.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire ou auprès de la mutuelle, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la mutuelle pour son compte.

En cas de non remboursement, la mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ouverts.

Article 29 : Modalités de paiement

Les prestations dues au titre de la garantie santé sont versées soit au bénéficiaire s'il a fait l'avance des frais, soit au professionnel de santé ou à l'établissement de soins si le bénéficiaire a été dispensé de l'avance des frais.

L'adhérent qui percevrait de la part de la mutuelle une somme indue, s'engage à la reverser à la mutuelle dans les délais les plus brefs.

Le professionnel de santé qui percevrait de la part de la mutuelle une somme indue, s'engage à la reverser à la mutuelle dans les délais les plus brefs.

Article 30 : Limite des remboursements

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. 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 d'adhésion. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la mutuelle est tenu d'en faire la déclaration auprès de la mutuelle dans les huit jours du reçu de cette somme. En outre, le bénéficiaire sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le bénéficiaire est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police dans la limite de ses bases de remboursement et des clauses de ses statuts.

Le membre participant s'engage à signaler dans le bulletin d'adhésion s'il est déjà garanti par un autre organisme complémentaire intervenant avant la mutuelle. En cas de perception de prestations d'un autre organisme par le membre participant, la mutuelle intervient alors en complément du régime obligatoire et de celui du premier organisme complémentaire. La mutuelle ne peut indemniser des frais déjà remboursés par le premier organisme.

Article 31 : Évolution de l'assurance maladie

En cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement de la sécurité sociale entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et produits médicaux, la mutuelle peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation ainsi que l'adaptation du montant ou du taux de cotisation.

TITRE IV : GARANTIE INDEMNITES JOURNALIERE

Section 1 : Définitions

Article 32 : Définition de la garantie

La garantie «indemnités journalières» se traduit par le versement de prestations en espèces, complémentaires à celles de la sécurité sociale et ce, en cas d'arrêt de travail du membre participant. Le membre participant pour bénéficier de la garantie «indemnités journalières» doit exercer une activité professionnelle rémunérée.

En cas d'arrêt de travail pour quelle que cause que se soit, le membre participant devra justifier par une attestation médicale son arrêt de travail et sa durée.

Il devra également justifier de sa perte de revenu :

- soit par la fourniture des trois dernières feuilles de salaire,
- soit par la fourniture du dernier relevé d'imposition au titre des Bénéfices non commerciaux (BNC) et des Bénéfices industriels et commerciaux (BIC).

Le membre participant devra dans tous les cas fournir le relevé de prestations du régime obligatoire justifiant du paiement d'indemnités journalières.

Article 33 : Définition du bénéficiaire

Le bénéficiaire de la garantie peut être le membre participant ou son conjoint si l'adhésion a été effectuée au profit du conjoint.

Section 2: Prestations

Article 34 : Délai de franchise

Un délai de franchise de trois jours s'applique à la garantie. Selon l'option choisie par le membre participant, les prestations peuvent commencer à être versées **à compter du 4^{ème} jour d'arrêt de travail pour cause de maladie hors accident du travail et maladies professionnelles.**

A l'expiration de la période de garantie choisie, une nouvelle période d'indemnisation ne sera ouverte qu'après une reprise du travail de un an.

Article 35 : Montant de la prestation

La prestation est établie selon un barème forfaitaire. Elle est fonction de la perte de revenu du membre participant et multipliée par le nombre de jour d'arrêt de travail. Pour pouvoir bénéficier de la prestation, le membre participant doit fournir un arrêt de travail et tenir informé la mutuelle de sa reprise d'activité. Chaque prolongation de l'arrêt de travail doit faire l'objet d'un justificatif.

Le montant de l'indemnité journalière choisie ne pourra être modifiée qu'à partir du 1^{er} jour du mois suivant la date de la demande. De même, ce montant ne pourra être modifié durant une période d'indemnisation.

Article 36 : Date et durée du versement

Le point de départ de l'adhésion est fixé au premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le bulletin d'adhésion a été récep-

tionné par la mutuelle.

La mutuelle verse les indemnités journalières pendant toute la durée choisie par le membre participant. Ce choix est indiqué sur le bulletin d'adhésion. En toute hypothèse, la durée de versement des indemnités journalières ne peut excéder 1095 jours.

Article 37 : Cessation de la garantie

La garantie cesse dès la reprise d'arrêt de travail par le membre participant ou de celui de son conjoint s'il bénéficie de ladite garantie. Elle cesse également en cas de décès du bénéficiaire. Elle cesse enfin dès que le bénéficiaire a atteint l'âge de 60 ans.

TITRE V : GARANTIES DECES

Section 1 : Définitions

Article 38 : Définition de la garantie

La garantie décès s'exprime sous la forme de deux prestations :

- soit par le versement d'un capital en cas de décès du membre participant au bénéficiaire ;
- soit par le versement d'un capital obsèques versé à la personne désignée par le membre participant pour faire face aux frais d'obsèques dans la limite d'un montant défini au bulletin d'adhésion.

Dans le premier cas, la garantie est une assurance temporaire décès. Les deux garanties peuvent être souscrites simultanément par le membre participant. Toutefois, le membre participant a le choix de n'opter que pour une des deux garanties.

Article 39 : Définition du bénéficiaire

Le bénéficiaire en cas de décès du membre participant est son conjoint (concubin ou PACS), à défaut ses enfants vivants ou représentés par part égale entre eux, à défaut ses ascendants par part égale entre eux, à défaut ses héritiers.

Le bénéficiaire en cas de décès peut également faire l'objet d'une désignation nominative qui sera portée sur le bulletin d'adhésion.

Section 2: Prestations

Article 40: Montant des prestations

Le montant des prestations en cas de décès ou pour les frais d'obsèques est défini dans le bulletin d'adhésion rempli par le membre participant.

Article 41: Modalités de règlement des prestations

Le montant des prestations ne pourra être versé que sur présentation des pièces justificatives suivantes:

- le certificat de décès ;
- un certificat d'hérédité si le bénéficiaire du capital est un descendant ;
- une attestation de désistement si plusieurs bénéficiaires du capital ou une attestation de porte fort délivrée par le notaire ;
- la photocopie de la carte d'identité, ou du livret de famille du bénéficiaire du capital ou de la personne mandatée (si différent du notaire).

Article 42: Exclusions

Les soins, actes médicaux ou hospitalisations, qu'elle qu'en soit la nature, qui sont la conséquence des faits suivants :

- **guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes tels que tremblements de terre et inondations, bien qu'ils soient indépendants de la volonté du membre participant ou des ses ayants droit ;**
- **actes commis volontairement par le membre participant ou ses ayants droit, mutilation, participation effective à une émeute ou à un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf en cas de légitime défense ;**
- **accidents résultant d'un état d'ivresse reconnu ou d'un abus de stupéfiants ;**

- explosion d'un engin ou partie d'un engin atomique ;
- radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs ;
- accidents résultants de la participation, du membre participant ou des ses ayants droit, à des paris et de la pratique, à titre professionnel de tout sport.

Article 43 : Cessation de la garantie

La garantie décès cesse au décès du membre participant ou en cas de non paiement des cotisations.

TITRE VI : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 44 : Contrôle

La mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement. **En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la mutuelle.**

S'agissant de la délivrance des prestations, la mutuelle se réserve le droit de faire procéder, à tout moment, aux visites médicales, contrôles, enquêtes qu'elle juge nécessaire pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. Le membre participant ne peut se soustraire à ces enquêtes sous peine de suspension immédiate des prestations. En cas de contestation sur les décisions de refus de versements liés à ces contrôles, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant, le médecin conseil de la mutuelle ou tout autre médecin désignée par elle, et un médecin expert choisi en accord avec les deux premiers.

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

Article 45 : Forclusion – Remboursements exclus

Article 45.1: Forclusion

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la mutuelle dans un délai de six mois à compter :

- ◆ du remboursement de la sécurité sociale
- ◆ de la date des soins

Article 45.2: Remboursements exclus pour la garantie «frais de santé»

Sont exclus des remboursements accordés par la mutuelle :

- la participation forfaitaire prévue au paragraphe 2 de l'article L322-2 du code de la sécurité sociale,
- la majoration de participation mise à la charge des assurés par l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant,
- les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter,
- les actes non pris en charge par les régimes obligatoires, à l'exception des prestations explicitement prévues dans la garantie choisie,
- la chirurgie esthétique ne donne pas lieu à prise en charge sauf si elle est consécutive à un accident et avec l'accord préalable du régime obligatoire de l'assurance maladie (par interventions esthétiques, il faut comprendre celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction),

- les frais afférents aux cures de rajeunissement et d'amaigrissement,
- les soins ou interventions chirurgicales ou hospitalisations médicales consécutifs à un accident du travail ou à une maladie professionnelle donnant droit au bénéfice des dispositions de la législation sur les accidents du travail.
- guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes tels que tremblements de terre et inondations, bien qu'ils soient indépendants de la volonté du membre participant ou des ses ayants droit;
- actes commis volontairement par le membre participant ou ses ayants droit, mutilation, participation effective à une émeute ou à un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf en cas de légitime défense;
- accidents résultant d'un état d'ivresse reconnu ou d'un abus de stupéfiants;
- explosion d'un engin ou partie d'un engin atomique;
- radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs;
- accidents résultants de la participation, du membre participant ou des ses ayants droit, à des paris et de la pratique, à titre professionnel de tout sport.

Les exclusions des remboursements des soins, actes médicaux ou hospitalisations, qu'elle qu'en soit la nature, qui sont la conséquence des faits énoncés ci-dessus ne s'appliquent pas aux garanties qualifiées de responsables.

Tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ne donnent pas droit à prise en charge de la part de la mutuelle. Par soins engagés, il faut entendre la date de réalisation des soins.

Article 46: Fausses déclarations

Article 46.1 : Fausses déclarations intentionnelles

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 46.2 : Fausses déclarations non intentionnelles

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après la notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

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

Article 47 : Informatique et Libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet.

Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une

cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Le membre participant peut s'opposer à ce que ses coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans un but de prospection commerciale, en adressant à la mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

Article 48: Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles

Conformément au code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, située 61, rue Taitbout 75009 PARIS.

Article 49: Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance

En cas d'adhésion à distance au présent règlement, le membre participant peut renoncer à son adhésion pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour où son adhésion a pris effet.

Pour cela, il lui suffit d'adresser à Landes Mutualité, Allée de la Capère – 40016 Mont de Marsan, une lettre recommandée avec avis de réception indiquant :

*«Je soussigné(é) Mr/Mme
(nom, prénom, adresse, n° d'adhérent) déclare renoncer à mon adhésion au régime de complémentaire santé, d'indemnité journalières ou de décès (choisir la ou les garanties concernées) et demande le remboursement des cotisations versées. Le(date et signature)*

Landes mutualité rembourse les sommes versées dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

En cas d'exercice de la faculté de renonciation, les garanties cessent à la date d'envoi de la lettre recommandée.

Informations exigées par les dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité concernant la commercialisation à distances d'opérations d'assurance individuelles.

- Les relations précontractuelles entre la mutuelle et le membre participant sont régies par la loi française. Il en va de même de la loi applicable au bulletin d'adhésion.
- Landes Mutualité s'engage à utiliser, avec l'accord du membre participant, pendant la durée du bulletin d'adhésion au règlement la langue française.
- Toute réclamation au sujet du bulletin d'adhésion peut être soumise à Landes Mutualité sans préjudice pour le membre participant d'intenter une action en justice.
- Le membre participant est informé de l'existence du Service Fédéral de Garantie (SFG) contre la défaillance des mutuelles visée à l'article L. 111-5 du Code de la mutualité.



LANDES MUTUALITÉ

Notre combat, c'est votre santé

AIRE-SUR-L'ADOUR

33, rue Gambetta

Tél : 05 58 71 62 77 • Fax : 05 58 71 35 35

BAYONNE

20, allées Paulmy

Tél : 05 59 59 40 30 • Fax : 05 59 44 20 08

BAYONNE

22, allée Marcel Suares

Tél : 05 59 59 40 30 • Fax : 05 59 59 42 51

DAX

5, cours de Verdun

Tél : 05 58 74 13 73 • Fax : 05 58 74 79 80

MIMIZAN

7, rue du Théâtre

Tél : 05 58 83 87 25 • Fax : 05 58 83 87 26

MONT-DE-MARSAN

28, allées Brouchet

Tél : 05 58 03 34 94 • Fax : 05 58 03 35 00

MONT-DE-MARSAN

32, rue Gambetta

Tél : 05 58 06 79 97 • Fax : 05 58 06 79 96

MONT-DE-MARSAN

Allée de la Capère

Tél : 05 58 75 11 77 • Fax : 05 58 06 11 34

PAU

4, rue Pasteur

Tél : 05 59 80 05 05 • Fax : 05 59 30 36 20

ST-JEAN-DE-LUZ

55, boulevard Victor Hugo

Tél : 05 59 24 97 83 • Fax : 05 59 26 30 04

ST-VINCENT-DE-TYROSSE

27, route Nationale

Tél : 05 58 77 40 74 • Fax : 05 58 77 27 28

www.landes-mutualites.fr

LANDES MUTUALITÉ



Siège social

Allée de la Capère - BP129 - 40016 MONT-DE-MARSAN Cedex
Tél. : 05 58 75 11 77 - Fax : 05 58 06 11 34 - www.landes-mutualite.fr