

STATUTS

TITRE I

CHAPITRE 1

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1^{er} – Dénomination siège

Une mutuelle appelée Mutuelle Cheminots Nord est établie boulevard Carnot n°52, 59000 LILLE.

Elle est régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions de son LIVRE II.

Le siège de la mutuelle peut être transféré en tout autre lieu du territoire national sur décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 2 – Objet

La mutuelle a pour objet de réaliser les opérations d'assurances suivantes :

- Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie.
branches 1 et 2, sous-branches b – prestations indemnitaires (prestations indemnitaires = complémentaire santé).
- Proposer, dans le cadre de contrats collectifs conformément à l'article L. 221-3 du code de la mutualité, des garanties décès selon les modalités prévues par les conditions générales et particulières desdits contrats.
 - pour l'adhérent cheminot et l'adhérent interprofessionnel, ces derniers sont souscrits auprès de la Mutuelle Générale de Prévoyance 39, rue du Jourdil 74960 CRAN-GEVRIER, soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité SIREN n° 337 682 660.
- Se substituer, à leurs demandes, à d'autres mutuelles conformément à l'article L. 211-5 du code de la mutualité.
- Assurer, à titre accessoire (la notion d'accessoire étant fixée par décret), la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées.
- Passer les conventions nécessaires pour faire bénéficier les membres participants des services et prestations servies par les fédérations et unions auxquelles la mutuelle adhère.
- Réassurer, à la demande de mutuelles, les engagements qu'elles ont contractés auprès de leurs membres.
- Faire bénéficier ses adhérents, par l'intermédiation et conformément à l'article L.116.1 du Code de la Mutualité, des garanties supplémentaires servies par des organismes sur lesquels le risque est transféré et habilités à pratiquer des opérations d'assurances.

ARTICLE 3 – Règlement Intérieur

Un règlement intérieur établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les Adhérents s'engagent à le respecter ainsi que les statuts et les règlements mutualistes.

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.

ARTICLE 4 – Règlement Mutualiste et Délibération :

En application de l'article L.114-1, un règlement Mutualiste adopté par l'Assemblée Générale, sur proposition du Conseil d'Administration définit le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des projets étrangers au but de la mutualité, tels que les définit l'article L.111-1 du code de la mutualité.

CHAPITRE 2
CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION,
DE RADIATION ET D'EXCLUSION.

ARTICLE 5 – Membres et ayants droit

La mutuelle se compose de membres participants et le cas échéant, de membres honoraires.

Les membres participants, sont des personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle.

Les membres honoraires sont, soit des personnes physiques qui paient une cotisation, apportent des contributions ou font des dons sans bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit au contrat collectif.

Peuvent adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions suivantes et acquièrent de ce fait la qualité de membre participant :

- Toute personne quelle que soit sa situation.
- Les salariés d'une entreprise dans le cadre d'un accord groupe.
- Les travailleurs indépendants.

Les ayants droits sont :

- Les conjoints, concubins salariés ou non salariés.
- Les enfants apprentis, étudiants ou au chômage percevant des ressources inférieures ou égales à 60% du SMIC Net.
- Les personnes à charge vivant avec l'adhérent depuis au moins 12 mois consécutifs et qui ne sont ni ses enfants, ni ses ascendants, ni son conjoint ou son concubin percevant des revenus inférieurs ou égaux à 60% du SMIC Net.

Avoir complété une demande d'adhésion sur un formulaire fourni par la mutuelle.
N'avoir été exclu d'aucune mutuelle.

Si le postulant a fait partie d'une mutuelle, il doit fournir un certificat de radiation ou une attestation d'appartenance à une mutuelle.

Enfin, renoncer à la mise et part, des fonds si l'on quitte la mutuelle pour quelque cause que ce soit.

A leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, le mineur âgé de plus de 16 ans peut être membre participant sans l'intervention de son représentant légal.

ARTICLE 6 – Adhésion

Acquièrent le statut d'Adhérent à la mutuelle, les personnes physiques qui remplissent les conditions définies à l'article 5 et qui font acte d'adhésion volontaire par la signature d'un bulletin d'adhésion ou par la souscription d'un contrat collectif par un employeur, une personne morale ou un organisme mutualiste.

La signature du bulletin d'adhésion ou d'un contrat collectif emporte acceptation des dispositions des statuts et règlements.

Tout acte et délibération ayant pour objet une modification des statuts est porté à la connaissance de chaque Adhérent.
Le règlement mutualiste en définit le mode d'information.

ARTICLE 7 – Droit d'adhésion

Lors de l'adhésion, chaque membre participant et honoraire paie un droit d'adhésion, dont le montant est fixé dans le règlement mutualiste.

ARTICLE 8 – Démission

Sous réserve des modalités de résiliation prévues par un contrat collectif et des dispositions de l'article L. 221-17 du code de la mutualité, la démission est donnée par écrit dans les conditions fixées au règlement.

ARTICLE 9 – Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission dans les conditions fixées au règlement mutualiste.

La radiation est de la compétence exclusive du Conseil d'Administration.

Sont également radiés, dans les conditions fixées au règlement mutualiste, les membres qui n'ont pas payé leurs cotisations, et après que toutes les démarches sociales soient épuisées.

ARTICLE 10 – Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient volontairement causé aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté dans les conditions fixées au règlement mutualiste.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration. Il est entendu sur les faits reprochés. S'il ne se présente pas le jour indiqué, une nouvelle convocation est envoyée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y référer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration. La convocation est adressée par le Président ou une personne du Conseil d'Administration ayant recueilli délégation expresse à cet effet.

ARTICLE 11 – Effets de la démission, de la radiation et de l'exclusion

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.

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

ARTICLE 12 – Résiliation infra-annuelle

La loi offre la faculté aux membres participants pour les contrats individuels et à l'employeur ou l'entreprise pour les contrats collectifs de résilier, sans frais et à tout moment après la première année de souscription, leurs contrats complémentaire santé. Ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} décembre 2020.

Le Règlement mutualiste précise les modalités.

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er}

ASSEMBLEE GENERALE

Participation de membres

ARTICLE 13-1 – Composition

L'Assemblée Générale est composée :

- de membres participants ;
- de membres honoraires ;

Chaque membre dispose d'une seule voix.

ARTICLE 13-2 – Membres empêchés

Les membres empêchés d'assister à l'Assemblée Générale peuvent voter par procuration.

Tout membre empêché, qui se fait représenter doit signer la procuration qu'il remet et indique ses nom, prénom et domicile. Le formulaire de procuration précise en outre la date de l'Assemblée Générale, l'ordre du jour ainsi qu'en cas d'absence de quorum, la possibilité de la tenue d'une seconde Assemblée Générale, les mêmes : Jour, lieu et ordre du jour, dans ce cas, seul le quart des membres présents et représentés sera requis.

Un représentant ne peut recueillir plus de 80 procurations.

ARTICLE 14 – (Réservé)

ARTICLE 15 – Dispositions propres aux mineurs

Le mineur de plus de 16 ans, qui à sa demande devient membre participant, exerce son droit de vote à l'Assemblée Générale.

ARTICLE 16 – Convocation

Le Président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale.

Il la réunit au moins une fois par an.

A défaut, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée Générale ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 17 – Autres convocations

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- La majorité des Administrateurs composant le Conseil d'Administration.
- Le Commissaire aux Comptes.
- L'autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles mentionnée à l'article L. 510 – 1 du code de la mutualité.
- Un Administrateur provisoire nommé par l'autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles.
- Les liquidateurs.

ARTICLE 18 – Modalités de convocation de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours ouvrables au moins avant la date de sa réunion.

Les membres composant l'Assemblée Générale doivent disposer des documents dont la liste est fixée par arrêté du Ministre chargé de la mutualité et selon l'article L.114-14 du code de la mutualité.

La convocation devra indiquer la possibilité d'une deuxième Assemblée Générale à la suite de la première si le quorum n'est pas atteint. L'ordre du jour, le lieu et la date demeurent inchangés. Dans le cas de la tenue d'une seconde Assemblée Générale, seul le quart des membres présents et représentés sera requis.

ARTICLE 19 – Ordre du jour

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

Tout projet de résolution, demandé dans un délai fixé par décret avant l'Assemblée Générale par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception adressée au Président, est obligatoirement inscrit à l'ordre du jour et soumis à l'Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Néanmoins, elle peut en toute circonstance révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à son remplacement.

Elle prend en outre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

ARTICLE 20 – Irrégularités

Est nulle, toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

ARTICLE 21 – Procès verbal

Il est établi un procès verbal de chaque réunion d'Assemblée Générale signé du Président et du Secrétaire Général.

ARTICLE 22 – Attributions

Elle procède à l'élection à bulletins secrets des membres du Conseil d'Administration et le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

1. Les modifications des statuts.
2. Les activités exercées.
3. Le montant des droits d'adhésion.
4. Le montant ou taux de cotisations.
5. Les prestations offertes.
6. Le règlement mutualiste et ses modifications.
7. L'adhésion à une Union ou une Fédération ou son retrait, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion, la scission ou la dissolution de la mutuelle ainsi que la création d'une autre mutuelle ou union.
8. Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance.

9. L'émission de titres participatifs, subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du code de la mutualité.
10. Le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire.
11. Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration ainsi que les documents, états et tableaux qui s'y rattachent.
12. Le cas échéant, le rapport spécial du Commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées mentionnées à l'art L. 114 – 34 du code de la mutualité.
13. Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.
14. Le règlement Intérieur
15. Le rapport relatif à l'intermédiation présenté par le Conseil d'Administration.
16. Le plan prévisionnel de financement prévu par la réglementation

L'Assemblée Générale décide :

1. La nomination des Commissaires aux Comptes.
2. La dévolution de l'excédent de l'actif net et le passif en cas de dissolution de la mutuelle.
3. Les rapports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 23 – Délégation de pouvoir

L'Assemblée Générale peut déléguer ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'Administration.

Cette délégation n'est valable que pour un exercice.

ARTICLE 24 – Modalités de vote

Les votes ont lieu à main levée sauf autre disposition contraire ou demande exprimée par un quart au moins des membres présents.

ARTICLE 24-1 – Délibération nécessitant un quorum et une majorité renforcés

Lorsqu'elle se prononce :

- sur la modification des statuts.
- les activités exercées.
- le montant des droits d'adhésion.
- le montant ou taux de cotisations.
- la délégation prévue à l'article 23.
- les prestations offertes.
- le transfert de portefeuille.
- les principes directeurs en matière de réassurance et le choix d'un réassureur non régi par le code de la mutualité.
- la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union.

L'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de membres présents ou représentés est au moins égal à la moitié du nombre total de membres.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle délibérera valablement si le nombre de membres présents ou représentés est au moins égal au quart du nombre total de membres.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

ARTICLE 24-2 – Délibération nécessitant un quorum et une majorité moindres

Lorsqu'elle se prononce, sur des attributions autres que celles visées à l'article 24-1 ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents, est au moins égal au quart du nombre total de ses membres.

Si le quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle délibérera valablement quel que soit le nombre de ses membres présents.

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

ARTICLE 25 – Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la mutuelle ainsi qu'à ses Adhérents, sous réserve de leur conformité aux dispositions du code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux Adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

ARTICLE 26 – Réserve

CHAPITRE II

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 27 – Composition

La mutuelle est administrée par le Conseil d'Administration composé d'au moins 10 Administrateurs et de 21 Administrateurs au plus.

Le Conseil d'Administration est composé par deux tiers au moins des membres participants.

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

ARTICLE 28 – Candidature

Les candidatures doivent être adressées au siège de la mutuelle par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception au Président du Conseil d'Administration et reçues 15 jours francs avant la date de l'Assemblée Générale. Elles doivent être accompagnées d'une déclaration sur l'honneur émanant du candidat et précisant le nombre, la nature et la durée des autres mandats d'Administrateurs qu'il détient au sein d'autres organismes mutualistes.

ARTICLE 29 – Condition de capacité

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

- Etre âgés de 18 ans révolus.
- Ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection.
- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.
- Etre à jour de leurs cotisations.
- Les membres du conseil d'administration des mutuelles et unions visés au 3° du B du I de l'article L.612-2 du code monétaire et financier disposent de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience nécessaires.

La compétence des intéressés est appréciée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution à partir de leur formation et de leur expérience de façon proportionnée à leurs attributions, notamment celles exercées en tant que président d'un conseil ou d'un comité. L'autorité tient compte également, dans l'appréciation portée sur chaque personne, de la compétence, de l'expérience et des attributions des autres membres de l'organe auquel elle appartient. Lorsque les mandats ont été antérieurement exercés, la compétence est présumée à raison de l'expérience acquise. Pour les nouveaux membres, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tient compte des formations dont ils pourront bénéficier tout au long de leur mandat.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.

ARTICLE 30 – Limite d'âge

Le nombre d'Administrateurs ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans ne peut excéder 1/3 des membres du Conseil d'Administration.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les Administrateurs ayant dépassés la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'Administrateur le plus âgé.

Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel Administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'Administrateur nouvellement élu.

ARTICLE 31 – Modalité de l'élection

Les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletins secrets par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale au scrutin uninominal à la majorité simple.

ARTICLE 32 – Durée du mandat

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de 3 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.

Ils sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Les Administrateurs cessent leur fonction lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions fixées aux présents statuts, lorsqu'ils présentent leur démission ou sont révoqués, et lorsque l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, en application de l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier, s'est opposée à la poursuite de leur mandat d'administrateur.

ARTICLE 33 – Le Renouvellement

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

Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le conseil d'Administration procède par tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

ARTICLE 34 – Vacance

Il est pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration à la nomination d'un Administrateur au siège devenu vacant du fait d'un décès, d'une démission ou de perte de qualité d'adhérent ou par cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier, par cooptation, sous réserve de ratification par la prochaine Assemblée Générale, les délibérations prises avec la participation de cet Administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

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

Dans le cas où le nombre d'Administrateur est inférieur à dix, l'Assemblée Générale est convoquée par le Président afin d'élire de nouveaux Administrateurs.

ARTICLE 35 – Réunion

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins 4 fois par an.

Le Président établit l'ordre du jour et le joint à la convocation.

La convocation est obligatoire si elle est demandée par le quart au moins des membres du Conseil d'Administration.

ARTICLE 36 – Représentant des salariés

Dans les mutuelles employant au moins cinquante salariés, deux représentants de ceux-ci, élus dans les conditions fixées par les statuts, assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration.

ARTICLE 37 – Représentation du Comité d'entreprise

L'article L.432-8 du code du travail, ne concerne que les mutuelles d'entreprises soumises au contrôle d'un comité d'entreprise.

Pour la M.C.N. dans un cadre de transparence, deux délégués désignés par le C.E.R. S.N.C.F assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration.

ARTICLE 38 – Délibérations

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante. Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletins secrets pour l'élection des 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.

ARTICLE 39 – Sanction

Les membres du Conseil d'Administration peuvent par décision de ce conseil être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale qui suit.

ARTICLE 40 – Attributions

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leurs applications

Il procède aux vérifications et aux contrôles qu'il juge opportuns. Il se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle. Il s'assure en permanence, de la maîtrise par la direction effective de la Mutuelle, des risques auxquels la Mutuelle est exposée dans l'accomplissement de ses activités.

Plus généralement, le Conseil d'Administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Ainsi et sans que cette énumération soit limitative, le Conseil d'administration :

- définit, pour le cas où les dirigeants effectifs sont absents ou empêchés, les modalités de continuité de la direction effective,
- entend, directement et à sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés,
- approuve les politiques écrites de la Mutuelle qu'il réexamine au moins une fois par an,
- arrête les comptes annuels établis selon les normes et modalités fixées par la réglementation à la clôture de chaque exercice et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte des éléments mentionnés à l'article L.114-17 du Code de la mutualité,
- établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'Assemblée générale dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et des opérations de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la mutualité,
- donne son autorisation aux conventions réglementées visées à l'article L.114-32 du Code de la mutualité,
- approuve, avant transmission, à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, chaque année, les rapports prévus par la réglementation, en particulier, le rapport sur la solvabilité et la situation financière, le rapport régulier au contrôleur, le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité, selon la périodicité fixée par le contrôleur, les états quantitatifs prévus par la réglementation,
- approuve, chaque année, le rapport actuariel tenu à la disposition de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, prend connaissance, chaque année, des conclusions et recommandations de l'audit interne ainsi que des propositions d'actions qui lui sont communiquées par la Direction opérationnelle.
- désigne les responsables des fonctions clés, gestion des risques, vérification de la conformité, audit interne et actuariat.

ARTICLE 41 – Délégations

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

Toutes ces délégations sont consignées dans les procès verbaux.

ARTICLE 42 – Indemnisation

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites.

La mutuelle peut cependant verser des indemnités à des Administrateurs dans les conditions prévues aux articles L.114-26 et L.114-27 du code de la mutualité.

ARTICLE 43 – Interdictions

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, toute rémunération ou avantage autre 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 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.

ARTICLE 44 – Conventions réglementées soumises à autorisation

Sous réserve des dispositions de l'article 45 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 est de même des conventions auxquelles un Administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée, ainsi que des conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé si l'un des Administrateurs de la mutuelle est prioritaire, 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.

La décision du Conseil d'Administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'Administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

ARTICLE 45 – Conventions courantes autorisées

Les dispositions de l'article 44 ne sont pas applicables aux conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions morales définies par décret.

Toutefois, ces conventions sont communiquées par les intéressés au Président du Conseil d'Administration.

ARTICLE 46 – Conventions interdites

Il est interdit aux Administrateurs et aux dirigeants salariés de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle, union ou fédération ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur et de dirigeant salarié, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle, l'union ou la fédération à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Cette interdiction ne s'applique pas aux dirigeants salariés lorsque ceux-ci sont susceptibles d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la mutuelle, l'union ou la fédération. Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des dirigeants.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes mentionnées au présent article ainsi qu'à toute personne interposée.

ARTICLE 47 – Obligation de l'administrateur

L'Administrateur intéressé est tenu d'informer le Conseil d'Administration de la mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention à laquelle l'article 42 est applicable.

Il ne peut prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

L'Administrateur informe la mutuelle de toute modification intervenant dans les mandats qu'il exerce au sein d'organismes mutualistes et ayant fait l'objet d'une déclaration lors de sa candidature, dans le respect de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité.

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.

Ils sont tenus de suivre les formations incluses au programme de formation mis en place par la mutuelle afin de les doter de la compétence requise par la réglementation et l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

ARTICLE 48 – Réserve

ARTICLE 49 – Réserve

CHAPITRE III

PRESIDENT ET BUREAU

ARTICLE 50 – Composition

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un bureau composé de :

- Le Président
- 2 Vice- présidents
- 1 secrétaire
- 1 secrétaire-adjoint
- 1 trésorier
- 1 trésorier-adjoint
- 1 membre.

Le bureau est élu à bulletin secret pour un an par le Conseil d'Administration au cours de la 1^{ère} réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement.

ARTICLE 51 – Réunions et délibérations

Le bureau se réunit sur convocation du Président. Il ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente.

Les délibérations sont prises dans le cadre des délégations que le Conseil d'Administration lui a confiées.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

ARTICLE 52 : Direction effective

La Direction effective de la mutuelle est assurée par le Président du Conseil d'Administration et par le responsable administratif et financier en qualité de Dirigeant opérationnel, conformément à l'article R 211-15 du code de la mutualité.

La Direction effective s'attache à mettre en œuvre une gestion saine, prudente et efficace garantissant le respect et la pérennité de ses engagements vis-à-vis de ses adhérents et de leurs ayants droit conformément aux orientations arrêtées par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 53 – Terme du mandat de Président

Le Conseil d'Administration peut à tout moment révoquer le Président.

En cas de décès, démission, révocation ou perte de qualité d'Adhérent du Président, ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier, le vice-Président ou à défaut l'Administrateur le plus âgé assure la suppléance et convoque dans un délai maximum de 1 mois, une réunion de Conseil d'Administration afin d'élire un nouveau Président.

ARTICLE 54 – Attributions du Président

Le Président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'ester en justice, ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Il convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour. Il organise et dirige ses travaux dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Il informe le Conseil d'Administration des procédures engagées en application des articles L.510-8 et L.510-10 du code de la mutualité.

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

Il engage les dépenses.

Il soumet au Conseil d'Administration les conventions intervenant avec un Administrateur conformément à l'article L.114-32 du code de la mutualité. Il donne avis aux Commissaires aux Comptes de ces conventions.

Il communique aux membres du Conseil d'Administration et aux Commissaires aux Comptes la liste et l'objet des conventions intervenant avec un Administrateur conformément à l'article L.114-33 de code de la mutualité.

Cette communication doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'Administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

Le Président est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle à confier à toute personne salariée de la Mutuelle, n'ayant pas pouvoir de payer, l'exécution de certaines missions qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 55 – Attributions du Vice-Président

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

ARTICLE 56 – Attributions du Secrétaire Général

Le Secrétaire Général est responsable de la rédaction des procès verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des Adhérents.

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

Le Secrétaire Général est autorisé sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au Directeur de la mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines missions qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 57 – Attributions du Trésorier

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

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

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

Il prépare et soumet au Conseil d'Administration :

- Les comptes annuels et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- Le rapport relatif aux flux financiers avec d'autres organismes mutualistes,
- Les éléments nécessaires aux rapports de gestion et de solvabilité.

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

Le Trésorier est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier à toute personne salariée de la Mutuelle, n'ayant pas pouvoir d'ordonnancement, l'exécution de certaines missions qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 58 – Réserve

CHAPITRE IV

ORGANISATION FINANCIERE

ARTICLE 59 – Produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

- Les droits d'adhésions.
- Les cotisations des membres participants et honoraires.
- Les produits résultants de l'activité de la mutuelle.
- Les dons, legs et subventions.
- Plus généralement, tout autre produit non interdit par la loi.

ARTICLE 60 – Charges

Les charges comprennent :

- Les diverses prestations servies aux membres participants.
- Les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle.
- Les cotisations aux unions et fédérations.
- Les versements au système fédéral de garantie.
- Plus généralement, tout autre charge non interdite par la loi.

ARTICLE 61 – Paiement des dépenses

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

ARTICLE 62 – Fonds d'établissement

Le montant du fonds d'établissement s'élève à 228 600,00 Euros.

ARTICLE 63 – Réserve

ARTICLE 64 – Réserve

ARTICLE 65 – Réserve

ARTICLE 66 – Système Fédéral de garantie

La mutuelle adhère au Système Fédéral de Garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F).

ARTICLE 67 – Réserve

ARTICLE 68 : Comité d'Audit

Il est mis en place un comité d'audit désigné parmi les membres du Conseil d'Administration, présidé par l'un d'entre eux et dont un membre présente des compétences en matière financière et comptable.

Le comité d'audit est chargé du suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières au sein de la Mutuelle.

Le comité d'audit a notamment pour mission d'assurer le suivi :

- du processus d'élaboration de l'information financière.
- de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques.
- du contrôle légal des comptes annuels et des comptes combinés par les commissaires aux comptes.

Il émet une recommandation sur les commissaires aux comptes proposés à la désignation par l'assemblée générale.

Il rend compte régulièrement au Conseil d'Administration de l'exercice de ses missions et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

ARTICLE 69 – Commissaires aux Comptes

Un Commissaire aux Comptes titulaire et un suppléant sont nommés par l'Assemblée Générale conformément à l'article L.114-38 du code de la mutualité.

Le Président convoque le Commissaire aux comptes au Conseil d'Administration, afin d'arrêter les comptes de l'exercice et à l'Assemblée Générale pour certifier ces derniers.

Le Commissaire aux Comptes :

- Certifie le rapport établi par le Conseil d'Administration et présenté à l'Assemblée Générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versée à chaque Administrateur.
- Certifie, le cas échéant, les comptes consolidés ou combinés.
- Prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'Administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du code de la mutualité.
- Etablit et présente à l'Assemblée Générale le rapport spécial relatif aux conventions réglementées mentionné à l'article L.114-34 du code de la mutualité.
- Fournit à la demande de la commission de contrôle des mutuelles tout renseignement.
- Signale sans délai à la commission tout fait et décision dont il a eu connaissance conformément à l'article L.510-6 du code de la mutualité.
- Porte à la connaissance du Conseil d'Administration et de la commission de contrôle les vérifications auxquelles il a procédé,
- Signale dans son rapport annuel les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il aurait relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.
- Joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule, le cas échéant, les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés au bénéfice d'une mutuelle relevant du Livre III du code de la mutualité,
- Plus généralement, effectue toutes les opérations entrant dans le cadre de ses attributions.

TITRE III

DISSOLUTION VOLONTAIRE

ARTICLE 70 – Dissolution et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 24-1 des statuts.

L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être désignés parmi les Administrateurs.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des Administrateurs. Les liquidateurs effectuent les opérations conformément aux dispositions de l'article L.212-14 du code de la mutualité.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dissolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 24-1 des statuts à d'autres organismes mutualistes ou fonds national de solidarité et d'actions mutualistes ou au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du code de la mutualité.

TITRE IV

TABLEAU DES MONTANTS OU TAUX DES PRESTATIONS

A - Réservé

B - PRESTATIONS

Les membres participants bénéficient pour eux-mêmes et leurs ayants droit des prestations détaillées dans le tableau récapitulatif joint et selon les modalités ci-après :

1) Dépenses médicales :

Remboursement du ticket modérateur et selon la section des dépassements d'honoraires, laissés à charge de l'adhérent par la Caisse de Prévoyance, la Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire suivant les taux en vigueur au jour de l'Assemblée Générale des dépenses :

- Consultations, visites médicales, pharmacie (sans stage)
- Radiologiques, analyses, chirurgicales, dentaires, d'optique, d'orthopédie, de cure thermale (stage de 3 mois).

Ces prestations sont dues aux adhérents et à leurs ayants droit quand elles sont comprises dans le cadre de la législation de la Sécurité Sociale (et de la Caisse de Prévoyance).

Toutefois la participation de la mutuelle ne pourra intervenir qu'après extinction totale des droits découlant des différents régimes obligatoires de Sécurité Sociale ou des contrats souscrits volontairement auprès des Compagnies d'Assurances.

Contribution forfaitaire aux consultations, actes médicaux, franchises.

Pas de participation par votre mutuelle sur la contribution forfaitaire aux consultations, actes médicaux et franchises à la charge de l'assuré social, le ministère de la tutelle en interdit son remboursement par les organismes complémentaires.

2) Hospitalisation médicale ou chirurgicale (stage de 6 mois) :

a) Lorsque la prise en charge n'est pas faite à 100%, remboursement du ticket modérateur et selon le contrat choisi, des dépassements d'honoraires, laissés à charge de l'adhérent par la Caisse de Prévoyance ou de Sécurité Sociale.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins prévue au contrat sera minorée d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité pour les médecins non adhérents aux dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM et OPTAM-CO).

b) Forfait journalier connu au 01/01/2021.

- en service médecine, chirurgie, maternité, psychiatrie, soins de suite et réadaptation, rééducation et convalescence.
- limité à 60 jours par an et par personne en Maison d'accueil spécialisée (MAS).

c) Allocation pour Chambre particulière : remboursée dans la limite des dépenses à hauteur de 50,00 € ou 80,00 € par jour selon le contrat choisi.

- en service médecine, chirurgie, maternité
- limitée à 60 jours par an et par personne en service psychiatrique, soins de suite et réadaptation, rééducation. Pas de chambre particulière pour les séjours en convalescence.

d) Allocation journalière forfaitaire de 10,00 € ou 20,00 € selon le contrat choisi pour l'accompagnement d'un enfant âgé de moins de 12 ans.

Plafond annuel de 10 jours par bénéficiaire.

e) frais supplémentaires, 3 € par jour :

- en service médecine, chirurgie, maternité
- limitée à 60 jours par an et par personne en service psychiatrique, soins de suite et réadaptation, rééducation et convalescence.

3) Réservé.

4) Allocation décès.

La mutuelle contracte auprès de la Mutuelle Générale de Prévoyance soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité SIREN n° 337 682 660 39, rue du Jourdil 74960 CRAN-GEVRIER pour les Cheminots et pour les interprofessionnels, des garanties collectives en cas de décès ouvrant droit au profit des adhérents et leurs ayants droit à une garantie de 550,00 €, 762,25 € ou 1524,49 €.

Ces garanties sont constituées et liquidées dans les conditions prévues par le règlement dudit organisme, en contrepartie des cotisations versées (pour chaque adhérent participant) à cet effet par la mutuelle.

5) Réserve

6) Cure thermique (stage de 6 mois)

Participation forfaitaire pour frais de séjour de cure (carburant, péage, hébergement) ayant donné lieu à un accord par la Caisse de Prévoyance ou de Sécurité Sociale.
Participation fixée à 77,00 € ou à 155,00 € selon le contrat choisi.

7) Frais d'optique (stage de 6 mois)

Participation sur frais d'optique (verres, monture ou lentilles) fixée à 230,00 Euros ou 330,00 Euros selon le contrat choisi.
Participation limitée à un équipement (2 verres et 1 monture de 100 € maximum TM inclus) tous les 2 ans, ramenés à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution justifiée de la vue ; ramenés à 6 mois pour les moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. Pour les moins de 16 ans, la période d'un an n'est pas opposable pour les verres en cas d'évolution justifiée de la vue. Aucun renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.
Dans le cadre du 100 % santé la monture est de 30 € maximum. Le reste à charge est nul.

Les lentilles cornéennes et les opérations au laser (myopie, astigmatisme, ...) non remboursées par la Caisse de Prévoyance ou la Sécurité Sociale sont remboursées dans la limite des dépenses réelles à hauteur du forfait annuel.

8) Participations forfaitaires (stage de 6 mois)

- sur toute prothèse dentaire, réparation de prothèse dentaire acceptée par la Caisse de Prévoyance ou la Sécurité Sociale.
Participation fixée à 190 % ou 290 % du T.R.S.S. selon le contrat choisi.
Sur les soins et les prothèses qui entrent dans le cadre du 100 % santé, le reste à charge est nul.
- sur l'orthodontie : participation fixée à 190 % ou 290 % du T.R.S.S. selon le contrat choisi.

9a) Petit Appareillage (stage de 6 mois)

Participation forfaitaire annuelle de 80,00 € ou 90,00 € selon le contrat choisi pour tout appareillage pris en charge par un organisme de Sécurité Sociale ou par la caisse de prévoyance S.N.C.F.

9b) Grand Appareillage (Prothèse, véhicule pour handicapé physique) (stage de 6 mois)

Participation forfaitaire annuelle de 200,00 € ou 230,00 € selon le contrat choisi pour tout appareillage pris en charge par un organisme de Sécurité Sociale ou par la caisse de prévoyance S.N.C.F.

9c) Participation globale annuelle : 60,00 € pour les prestations suivantes (stage de 6 mois) :

- Les consultations d'ostéopathie, chiropractie (traitements par manipulations des vertèbres), non remboursées par la Caisse de Prévoyance ou la Sécurité Sociale.
- Produits pharmaceutiques non remboursables sur prescription (Homéopathie ou phytothérapie, pilule contraceptive, vaccins ...).
- Consultation diététique.
- Pédicurie.

9d) Les actes d'ostéodensitométrie non remboursés par la Caisse de Prévoyance ou la Sécurité Sociale sont pris en charge à hauteur de 45,00 € par an dans la limite des dépenses réelles (stage de 6 mois).

9e) Forfait prothèses mammaires ou capillaires :

Participation forfaitaire annuelle de 250,00 € ou 300,00 € selon le contrat choisi pour toute prothèse prise en charge par un organisme de Sécurité Sociale ou par la caisse de prévoyance S.N.C.F. (stage de 6 mois).

10) Prothèse auditive (stage de 6 mois)

Participation forfaitaire annuelle de 440,00 €, soit 220,00 € maximum par appareil ou 540,00 €, soit 270,00 € maximum par appareil selon le contrat choisi (achat, réparations et entretien).

11 à 20 Réservés

21) Les adhérents et leurs ayants droit peuvent bénéficier des prestations mises en place :

- Au niveau des Unions Départementales
- Au niveau des organismes auxquels la Mutuelle Cheminots Nord adhère.

NOTA :

Les prestations sont accordées dans la limite des frais réels engagés sur présentation d'une facture acquittée et du décompte Caisse de Prévoyance ou Sécurité Sociale sauf en cas de tiers payant.

Les stages aux points 2 - 6 - 7 - 8 - 9 et 10 ci-dessus sont supprimés si les deux conditions fixées ci-après sont satisfaites par le nouvel adhérent :

a) adhésion dans les trois mois qui suivent la radiation volontaire d'une autre mutuelle ou de tout autre organisme de complémentaire maladie. L'adhésion prend effet au premier jour du mois de la demande.

b) présentation d'un certificat de radiation volontaire.

Les adhérents individuels qui souhaitent passer dans un contrat supérieur, subiront un délai de stage de 3 mois pendant lequel, les prestations continueront à leur être servies conformément au barème de leur contrat d'origine.

Les Sociétaires souhaitant opter pour une garantie supérieure, pourront le faire au début de chaque mois. Ceux qui voudront opter pour une garantie inférieure pourront le faire au 31 décembre de chaque année à la condition que l'adhésion dans la catégorie supérieure ait duré au moins douze mois consécutifs.

PRESTATIONS OFFERTES AUX CHEMINOTS AU 1^{er} JANVIER 2020

2020

ADAGIO

PRESTATIONS OFFERTES

Hospitalisation	
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier connu au 01/01 + 3€ par jour pour les frais supplémentaires (5 et 6)
Honoraires chirurgicaux	TM + 70 % TRSS (1) oui, sauf si prise en charge par la caisse de prévoyance SNCF
Franchise de 24 € pour les actes médicaux > 120 €	TM
Frais de séjour	à hauteur de 50 € / jour (7)
Chambre particulière	10 € / jour (limité à 10 jours par an)
maison d'accueil spécialisée	
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier connu au 01/01 (5) (forfait limité à 60 j/an)
Chambre particulière	non
Optique	
Equipement 100 % santé * - classe A (pris en charge par CP ou SS)	Remboursement intégral (2)
Equipement tarif libre - classe B (pris en charge par CP ou SS)	TM + 230 € (2)
Equipement dissocié - classe A et B (pris en charge par CP ou SS)	TM + 230 € (2)
Lentilles cornéennes (NR par CP ou SS)	230 € (2)
opérations de la myopie (NR par CP ou SS)	230 € (2)
Dentaire	
Soins et prothèses 100 % santé * - panier 0	Remboursement intégral
Soins et prothèses tarifs maîtrisés - panier 1	TM + 190 % du TRSS
Soins et prothèses tarifs libres - panier 2	TM + 190 % du TRSS
Soins dentaires	TM
couronnes	TM + 190 % du TRSS
réparations d'appareils	TM + 190 % du TRSS
orthopédie dento-faciale	TM + 190 % du TRSS
Aides auditives	
Equipements 100 % santé * - classe 1	Remboursement intégral (3)
Equipements tarifs libres - classe 2	TM + 220 € par oreille tous les 2 ans (4)
Soins courants	
Honoraires paramédicaux	TM
Honoraires médicaux	TM
Radiologie	TM
Analyses et examens de laboratoire	TM
Médicaments	TM
Matériel médical - petit appareillage (bas, chaussettes contentions...)	TM + 80 € par an
Matériel médical - grand appareillage (prothèses, véhicule pour handicapé physique,...)	TM + 200 € par an
Participation globale annuelle	
Consultations d'ostéopathie, chiropractie (NR par CP ou SS)	
Produits pharmaceutiques sur prescriptions (NR par CP ou SS)	60 € par an (5)
Pilule contraceptive sur prescriptions (NR par CP ou SS)	

Homéopathie sur prescriptions (NR par CP ou SS)	
Consultation diététique	
Pédicurie	
cures thermales	
Soins	TM
Transport hébergement	77 € par an (5)
prévention	
Ostéodensitométrie (NR par CP ou SS)	45 € par an (5)
Divers	
Prothèses mammaires ou capillaires	250 € par an (5)
Frais d'obsèques	550 € (8)

La mutuelle dispose d'un fonds social et d'actions sanitaires pour venir en aide à certains évènements familiaux (mariage, naissance, adoption,...).

- (1) Encadrement des dépassements d'honoraires : la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins prévue au contrat sera minorée d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité pour les médecins non adhérents aux dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO).
- (2) Optique (le forfait est global pour l'ensemble des postes de l'optique) : participation limitée à un équipement (2 verres et 1 monture de 100 € maximum TM inclus) tous les 2 ans, ramenée à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution justifiée de la vue ; ramenée à 6 mois pour les moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
Pour les moins de 16 ans, la période d'un an n'est pas opposable pour les verres en cas d'évolution justifiée de la vue.
Aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.
Dans le cadre du 100 % santé la monture est de 30 € maxi.
- (3) Aide auditive : le 100 % santé est effectif en 2021. les bases de remboursement et les prix limites de ventes évoluent suivant l'année du soin et l'âge de l'adhérent.
- (4) tous les 4 ans à partir du 01 janvier 2021
- (5) Justificatifs originaux à nous faire parvenir.
- (6) Forfait limité à 60 jours par an et par personne en service psychiatrie, soins de suite et réadaptation, rééducation et convalescence.
- (7) Forfait limité à 60 jours par an et par personne en service psychiatrie, soins de suite et réadaptation, rééducation.
Pas de chambre particulière pour les séjours en convalescence.
- (8) Justificatifs à nous faire parvenir dans les trois mois qui suivent le décès.
- * Tels que définis réglementairement

TM	Ticket modérateur dans le cadre du parcours de soins
TRSS	Tarif Responsabilité de la Sécurité Sociale
CP	Caisse Prévoyance
SS	Sécurité Sociale
NR	Non Remboursé

Les prestations s'inscrivent dans le respect du contrat "responsable et solidaire" et dans la limite des frais engagés

Délais de carence pour les adhésions sans mutuelle auparavant :

Consultations-Visites-Déplacements-Pharmacies :	droits immédiats
Autres prestations maladie :	3 mois
Prestations forfaitaires et Hospitalisations :	6 mois

Hospitalisation	
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier connu au 01/01 + 3€ par jour pour les frais supplémentaires (5 et 6)
Honoraires chirurgicaux	TM + 100 % TRSS (1)
Franchise de 24 € pour les actes médicaux > 120 €	oui, sauf si prise en charge par la caisse de prévoyance SNCF
Frais de séjour	TM
Chambre particulière	à hauteur de 80 € / jour (7)
Accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	20 € / jour (limité à 10 jours par an)
maison d'accueil spécialisée	
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier connu au 01/01 (5) (forfait limité à 60 j/an)
Chambre particulière	non
Optique	
Equipement 100 % santé * - classe A (pris en charge par CP ou SS)	Remboursement intégral (2)
Equipement tarif libre - classe B (pris en charge par CP ou SS)	TM + 330 € (2)
Equipement dissocié - classe A et B (pris en charge par CP ou SS)	au TM + 330 € (2)
Lentilles cornéennes (NR par CP ou SS)	330 € (2)
opérations de la myopie (NR par CP ou SS)	330 € (2)
Dentaire	
Soins et prothèses 100 % santé * - panier 0	Remboursement intégral
Soins et prothèses tarifs maîtrisés - panier 1	TM + 290 % du TRSS
Soins et prothèses tarifs libres - panier 2	TM + 290 % du TRSS
Soins dentaires	TM + 50 % TRSS
couronnes	TM + 290 % du TRSS
réparations d'appareils	TM + 290 % du TRSS
orthopédie dento-faciale	TM + 290 % du TRSS
Aides auditives	
Equipements 100 % santé * - classe 1	Remboursement intégral (3)
Equipements tarifs libres - classe 2	TM + 270 € par oreille tous les 2 ans (4)
Soins courants	
Honoraires paramédicaux	TM + 50 % TRSS
Honoraires médicaux	TM + 100 % TRSS (1)
Radiologie	TM
Analyses et examens de laboratoire	TM
Médicaments	TM
Matériel médical - petit appareillage (bas, chaussettes contentions...)	TM + 90 € par an
Matériel médical - grand appareillage (prothèses, véhicule pour handicapé physique,...)	TM + 230 € par an
Participation globale annuelle	
Consultations d'ostéopathie, chiropractie (NR par CP ou SS)	
Produits pharmaceutiques sur prescriptions (NR par CP ou SS)	
Pilule contraceptive (NR par CP ou SS)	60 € par an (5)
Homéopathie (NR par CP ou SS)	
Consultation diététique	
Pédicurie	
cures thermales	

Soins	TM
Transport hébergement	155 € par an (5)
prévention	
Ostéodensitométrie (NR par CP ou SS)	45 € par an (5)
Divers	
Prothèses mammaires ou capillaires	300 € par an (5)
Frais d'obsèques	550 € (8)

La mutuelle dispose d'un fonds social et d'actions sanitaires pour venir en aide à certains évènements familiaux (mariage, naissance, adoption,...).

- (1) Encadrement des dépassements d'honoraires : la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins prévue au contrat sera minorée d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité pour les médecins non adhérents aux dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO).
- (2) Optique (le forfait est global pour l'ensemble des postes de l'optique) : participation limitée à un équipement (2 verres et 1 monture de 100 € maximum TM inclus) tous les 2 ans, ramenée à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution justifiée de la vue ; ramenée à 6 mois pour les moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
Pour les moins de 16 ans, la période d'un an n'est pas opposable pour les verres en cas d'évolution justifiée de la vue.
Aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.
Dans le cadre du 100 % santé la monture est de 30 € maxi.
- (3) Aide auditive : le 100 % santé est effectif en 2021. les bases de remboursement et les prix limites de ventes évoluent suivant l'année du soin et l'âge de l'adhérent.
- (4) tous les 4 ans à partir du 01 janvier 2021
- (5) Justificatifs originaux à nous faire parvenir.
- (6) Forfait limité à 60 jours par an et par personne en service psychiatrie, soins de suite et réadaptation, rééducation et convalescence.
- (7) Forfait limité à 60 jours par an et par personne en service psychiatrie, soins de suite et réadaptation, rééducation.
Pas de chambre particulière pour les séjours en convalescence.
- (8) Justificatifs à nous faire parvenir dans les trois mois qui suivent le décès.

* Tels que définis réglementairement

TM	Ticket modérateur dans le cadre du parcours de soins
TRSS	Tarif Responsabilité de la Sécurité Sociale
CP	Caisse Prévoyance
SS	Sécurité Sociale
NR	Non Remboursé

Les prestations s'inscrivent dans le respect du contrat "responsable et solidaire" et dans la limite des frais engagés

Délais de carence pour les adhésions sans mutuelle auparavant :

Consultations-Visites-Déplacements-Pharmacies : droits immédiats

Autres prestations maladie : 3 mois

Prestations forfaitaires et Hospitalisations : 6 mois

PRESTATIONS OFFERTES AUX INTERPROFESSIONNELS AU 1^{er} JANVIER 2020

2020

MEZZO

PRESTATIONS OFFERTES

Hospitalisation	
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier connu au 01/01 + 3€ par jour pour les frais supplémentaires (5 et 6)
Honoraires chirurgicaux	TM + 70 % TRSS (1)
Franchise de 24 € pour les actes médicaux > 120 €	oui
Frais de séjour	TM
Chambre particulière	à hauteur de 50 € / jour (7)
Accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	10 € / jour (limité à 10 jours par an)
maison d'accueil spécialisée	
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier connu au 01/01 (5) (forfait limité à 60 j/an)
Chambre particulière	non
Optique	
Equipement 100 % santé * - classe A (pris en charge par CP ou SS)	Remboursement intégral (2)
Equipement tarif libre - classe B (pris en charge par CP ou SS)	TM + 230 € (2)
Equipement dissocié - classe A et B (pris en charge par CP ou SS)	TM + 230 € (2)
Lentilles cornéennes (NR par CP ou SS)	230 € (2)
opérations de la myopie (NR par CP ou SS)	230 € (2)
Dentaire	
Soins et prothèses 100 % santé * - panier 0	Remboursement intégral
Soins et prothèses tarifs maîtrisés - panier 1	TM + 190 % du TRSS
Soins et prothèses tarifs libres - panier 2	TM + 190 % du TRSS
Soins dentaires	TM
couronnes	TM + 190 % du TRSS
réparations d'appareils	TM + 190 % du TRSS
orthopédie dento-faciale	TM + 190 % du TRSS
Aides auditives	
Equipements 100 % santé * - classe 1	Remboursement intégral (3)
Equipements tarifs libres - classe 2	TM + 220 € par oreille tous les 2 ans (4)
Soins courants	
Honoraires paramédicaux	TM
Honoraires médicaux	TM
Radiologie	TM
Analyses et examens de laboratoire	TM
Médicaments	TM
Matériel médical - petit appareillage (bas, chaussettes contentions...)	TM + 80 € par an
Matériel médical - grand appareillage (prothèses, véhicule pour handicapé physique,...)	TM + 200 € par an
Participation globale annuelle	
Consultations d'ostéopathie, chiropractie (NR par CP ou SS)	
Produits pharmaceutiques sur prescriptions (NR par CP ou SS)	60 € par an (5)
Pilule contraceptive sur prescriptions (NR par CP ou SS)	

Homéopathie sur prescriptions (NR par CP ou SS)	
Consultation diététique	
Pédicurie	
cures thermales	
Soins	TM
Transport hébergement	77 € par an (5)
prévention	
Ostéodensitométrie (NR par CP ou SS)	45 € par an (5)
Divers	
Prothèses mammaires ou capillaires	250 € par an (5)
Frais d'obsèques	762,25 € (8)

La mutuelle dispose d'un fonds social et d'actions sanitaires pour venir en aide à certains évènements familiaux (mariage, naissance, adoption,...).

- (1) Encadrement des dépassements d'honoraires : la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins prévue au contrat sera minorée d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité pour les médecins non adhérents aux dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO).
- (2) Optique (le forfait est global pour l'ensemble des postes de l'optique) : participation limitée à un équipement (2 verres et 1 monture de 100 € maximum TM inclus) tous les 2 ans, ramenée à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution justifiée de la vue ; ramenée à 6 mois pour les moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
Pour les moins de 16 ans, la période d'un an n'est pas opposable pour les verres en cas d'évolution justifiée de la vue.
Aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.
Dans le cadre du 100 % santé la monture est de 30 € maxi.
- (3) Aide auditive : le 100 % santé est effectif en 2021. les bases de remboursement et les prix limites de ventes évoluent suivant l'année du soin et l'âge de l'adhérent.
- (4) tous les 4 ans à partir du 01 janvier 2021
- (5) Justificatifs originaux à nous faire parvenir.
- (6) Forfait limité à 60 jours par an et par personne en service psychiatrie, soins de suite et réadaptation, rééducation et convalescence.
- (7) Forfait limité à 60 jours par an et par personne en service psychiatrie, soins de suite et réadaptation, rééducation.
Pas de chambre particulière pour les séjours en convalescence.
- (8) Justificatifs à nous faire parvenir dans les trois mois qui suivent le décès.

* Tels que définis réglementairement

TM	Ticket modérateur dans le cadre du parcours de soins
TRSS	Tarif Responsabilité de la Sécurité Sociale
CP	Caisse Prévoyance
SS	Sécurité Sociale
NR	Non Remboursé

Les prestations s'inscrivent dans le respect du contrat "responsable et solidaire" et dans la limite des frais engagés

Délais de carence pour les adhésions sans mutuelle auparavant :

Consultations-Visites-Déplacements-Pharmacies :	droits immédiats
Autres prestations maladie :	3 mois
Prestations forfaitaires et Hospitalisations :	6 mois

Hospitalisation	
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier connu au 01/01 + 3€ par jour pour les frais supplémentaires (5 et 6)
Honoraires chirurgicaux	TM + 100 % TRSS (1)
Franchise de 24 € pour les actes médicaux > 120 €	oui
Frais de séjour	TM
Chambre particulière	à hauteur de 80 € / jour (7)
Accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	20 € / jour (limité à 10 jours par an)
maison d'accueil spécialisée	
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier connu au 01/01 (5) (forfait limité à 60 j/an)
Chambre particulière	non
Optique	
Equipement 100 % santé * - classe A (pris en charge par CP ou SS)	Remboursement intégral (2)
Equipement tarif libre - classe B (pris en charge par CP ou SS)	TM + 330 € (2)
Equipement dissocié - classe A et B (pris en charge par CP ou SS)	TM + 330 € (2)
Lentilles cornéennes (NR par CP ou SS)	330 € (2)
opérations de la myopie (NR par CP ou SS)	330 € (2)
Dentaire	
Soins et prothèses 100 % santé * - panier 0	Remboursement intégral
Soins et prothèses tarifs maîtrisés - panier 1	TM + 290 % du TRSS
Soins et prothèses tarifs libres - panier 2	TM + 290 % du TRSS
Soins dentaires	TM + 50 % du TRSS
couronnes	TM + 290 % du TRSS
réparations d'appareils	TM + 290 % du TRSS
orthopédie dento-faciale	TM + 290 % du TRSS
Aides auditives	
Equipements 100 % santé * - classe 1	Remboursement intégral (3)
Equipements tarifs libres - classe 2	TM + 270 € par oreille tous les 2 ans (4)
Soins courants	
Honoraires paramédicaux	TM + 50 % du TRSS
Honoraires médicaux	TM + 100 % du TRSS (1)
Radiologie	TM
Analyses et examens de laboratoire	TM
Médicaments	TM
Matériel médical - petit appareillage (bas, chaussettes contentions...)	TM + 90 € par an
Matériel médical - grand appareillage (prothèses, véhicule pour handicapé physique,...)	TM + 230 € par an
Participation globale annuelle	
Consultations d'ostéopathie, chiropractie (NR par CP ou SS)	60 € par an (5)
Produits pharmaceutiques sur prescriptions (NR par CP ou SS)	
Pilule contraceptive sur prescriptions (NR par CP ou SS)	
Homéopathie sur prescriptions (NR par CP ou SS)	
Consultation diététique	
Pédicurie	

cures thermales	
Soins	TM
Transport hébergement	155 € par an (5)
prévention	
Ostéodensitométrie (NR par CP ou SS)	45 € par an (5)
Divers	
Prothèses mammaires ou capillaires	300 € par an (5)
Frais d'obsèques	1524,49 € (8)

La mutuelle dispose d'un fonds social et d'actions sanitaires pour venir en aide à certains évènements familiaux (mariage, naissance, adoption,...).

- (1) Encadrement des dépassements d'honoraires : la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins prévue au contrat sera minorée d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité pour les médecins non adhérents aux dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO).
- (2) Optique (le forfait est global pour l'ensemble des postes de l'optique) : participation limitée à un équipement (2 verres et 1 monture de 100 € maximum TM inclus) tous les 2 ans, ramenée à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution justifiée de la vue ; ramenée à 6 mois pour les moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
Pour les moins de 16 ans, la période d'un an n'est pas opposable pour les verres en cas d'évolution justifiée de la vue. Aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.
Dans le cadre du 100 % santé la monture est de 30 € maxi.
- (3) Aide auditive : le 100 % santé est effectif en 2021. les bases de remboursement et les prix limites de ventes évoluent suivant l'année du soin et l'âge de l'adhérent.
- (4) tous les 4 ans à partir du 01 janvier 2021
- (5) Justificatifs originaux à nous faire parvenir.
- (6) Forfait limité à 60 jours par an et par personne en service psychiatrie, soins de suite et réadaptation, rééducation et convalescence.
- (7) Forfait limité à 60 jours par an et par personne en service psychiatrie, soins de suite et réadaptation, rééducation.
Pas de chambre particulière pour les séjours en convalescence.
- (8) Justificatifs à nous faire parvenir dans les trois mois qui suivent le décès.
- * Tels que définis réglementairement

TM	Ticket modérateur dans le cadre du parcours de soins
TRSS	Tarif Responsabilité de la Sécurité Sociale
CP	Caisse Prévoyance
SS	Sécurité Sociale
NR	Non Remboursé

Les prestations s'inscrivent dans le respect du contrat "responsable et solidaire" et dans la limite des frais engagés

Délais de carence pour les adhésions sans mutuelle auparavant :

Consultations-Visites-Déplacements-Pharmacies :	droits immédiats
Autres prestations maladie :	3 mois
Prestations forfaitaires et Hospitalisations :	6 mois

(pas de nouveau adhérent depuis 15/06/19)

Hospitalisation	
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier connu au 01/01 + 3€ par jour pour les frais supplémentaires (5 et 6)
Honoraires chirurgicaux	TM
Franchise de 24 € pour les actes médicaux > 120 €	oui
Frais de séjour	TM
Chambre particulière	non
Accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	10 € / jour (limité à 10 jours par an)
maison d'accueil spécialisée	
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier connu au 01/01 (5) (forfait limité à 60 j/an)
Chambre particulière	non
Optique	
Equipement 100 % santé * - classe A (pris en charge par CP ou SS)	Remboursement intégral (2)
Equipement tarif libre - classe B (pris en charge par CP ou SS)	TM
Equipement dissocié - classe A et B (pris en charge par CP ou SS)	Remboursement intégral pour part classe A et TM uniquement pour la part classe B
Dentaire	
Soins et prothèses 100 % santé * - panier 0	Remboursement intégral
Soins et prothèses tarifs maîtrisés - panier 1	TM
Soins et prothèses tarifs libres - panier 2	TM
Soins dentaires	TM
couronnes	TM
réparations d'appareils	TM
orthopédie dento-faciale	TM
Aides auditives	
Equipements 100 % santé * - classe 1	Remboursement intégral (3)
Equipements tarifs libres - classe 2	TM remboursement tous les 2 ans (4)
Soins courants	
Honoraires paramédicaux	TM
Honoraires médicaux	TM
Radiologie	TM
Analyses et examens de laboratoire	TM
Médicaments	TM
Matériel médical - petit appareillage (bas, chaussettes contentions...)	TM
Matériel médical - grand appareillage (prothèses, véhicule pour handicapé physique,...)	TM
Participation globale annuelle	
Consultations d'ostéopathie, chiropractie (NR par CP ou SS)	
Produits pharmaceutiques sur prescriptions (NR par CP ou SS)	
Pilule contraceptive sur prescriptions (NR par CP ou SS)	non
Homéopathie sur prescriptions (NR par CP ou SS)	
Consultation diététique	
Pédicurie	
cures thermales	

Soins	non
Transport hébergement	non
prévention	
Ostéodensitométrie (NR par CP ou SS)	non
Divers	
Prothèses mammaires ou capillaires	non
Frais d'obsèques	non

La mutuelle dispose d'un fonds social et d'actions sanitaires pour venir en aide à certains évènements familiaux (mariage, naissance, adoption,...).

(2) Optique : participation limitée à un équipement (2 verres et 1 monture de 100 € maximum TM inclus)

tous les 2 ans, ramenée à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution justifiée de la vue ;

ramenée à 6 mois pour les moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

Pour les moins de 16 ans, la période d'un an n'est pas opposable pour les verres en cas d'évolution justifiée de la vue.

Aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Dans le cadre du 100 % santé la monture est de 30 € maxi.

(3) Aide auditive : le 100 % santé est effectif en 2021. les bases de remboursement et les prix limites de ventes évoluent suivant l'année du soin et l'âge de l'adhérent.

(4) tous les 4 ans à partir du 01 janvier 2021

(5) Justificatifs originaux à nous faire parvenir.

(6) Forfait limité à 60 jours par an et par personne en service psychiatrie, soins de suite et réadaptation, rééducation et convalescence.

* Tels que définis réglementairement

TM	Ticket modérateur dans le cadre du parcours de soins
TRSS	Tarif Responsabilité de la Sécurité Sociale
CP	Caisse Prévoyance
SS	Sécurité Sociale
NR	Non Remboursé

Les prestations s'inscrivent dans le respect du contrat "responsable et solidaire" et dans la limite des frais engagés

Délais de carence pour les adhésions sans mutuelle auparavant :

Consultations-Visites-Déplacements-Pharmacies : droits immédiats

Autres prestations maladie : 3 mois

Prestations forfaitaires et Hospitalisations : 6 mois