



LES STATUTS

TITRE I^{er}

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I^{er}

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1^{er}

DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE

Il est constitué une mutuelle dénommée MUTUELLE DES ETUDIANTS DU NORD ET DU NORD OUEST dite : SMENO, établie à LILLE, personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIREN sous le numéro 781 123 450.

Ci-après dénommée la Mutuelle.

Article 2

SIÈGE DE LA MUTUELLE

Le siège social de la Mutuelle est situé, 199 à 201 rue Colbert à LILLE

Article 3

OBJET DE LA MUTUELLE

La Mutuelle a pour objet de mener, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droits, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par les statuts afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie, conformément à l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle réalise les opérations d'assurance suivantes :

- 1- Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;
- 2- Dans le cadre des articles L 116-1 à L 116-4 et suivants du code de la mutualité, la Mutuelle peut :
 - Présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance,
 - Exercer l'intermédiation en assurance,
 - Recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance,
 - Déléguer de manière totale ou partielle la gestion d'un contrat collectif.
 - Proposer à ses membres des garanties dont le risque est porté par un autre organisme mutualiste. La Mutuelle peut, éventuellement, en assurer la gestion totale ou partielle sans en assurer le risque.
- 3- Participer à la prévention des risques sociaux liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences en alimentant un fonds de solidarité et d'entraide, dont l'objet est notamment :
 - a) Allocation spéciale de réinscription en cas d'impossibilité de passer les examens,
 - b) Aide lorsque des frais médicaux ou paramédicaux restent à leur charge.

- 4- Céder tout ou une partie du risque qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue à un ou plusieurs organismes relevant du Code de la Mutualité ou sur décision de l'Assemblée Générale extraordinaire à tout organisme habilité pratiquant la réassurance.

Article 4

RÈGLEMENT INTERIEUR

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 sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlement mutualiste.

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 5

RÈGLEMENT MUTUALISTE

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

Article 6

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / DONNEES PERSONNELLES

Règlement européen sur la Protection des Données personnelles (RGPD)

Dans le cadre de l'exécution des présents statuts des données à caractère personnel des membres participants et des membres honoraires feront l'objet d'un traitement au sens du et conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par les membres participants et honoraires, de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ces derniers sont nécessaires à l'exécution des dispositions statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la Mutuelle. Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle et sans que cette liste ne soit limitative : convocations aux assemblées générales, élections lors des assemblées générale, convocation des conseils d'administration, processus d'élection des délégués.

Les destinataires de ces données peuvent être, notamment, un sous-traitant chargé des envois des convocations. Il est précisé que le contrat liant la mutuelle et ce prestataire comporte l'engagement du sous-traitant d'assurer la confidentialité et la sécurité des données et de les traiter conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Conformément à la réglementation, les membres participants ou honoraires disposent d'un droit d'accès, de rectification, effacement, d'opposition et de portabilité le cas échéant quant aux données les concernant. Elles sont conservées par la Mutuelle, pour une durée liée à la gestion de la vie institutionnelle.

Dans l'hypothèse où les membres participants et honoraires souhaiteraient faire valoir leur droit d'opposition et/ou les données visées seraient nécessaires à l'exécution des présents statuts, ils seront informés par lettre recommandée avec accusé de réception des conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions des présents statuts.

Une réclamation peut, le cas échéant, être introduite auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

CHAPITRE II

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

Section 1 Adhésion

Article 7

CATÉGORIES DE MEMBRES

La Mutuelle se compose des membres participants et des membres honoraires.

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

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons ou ont rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle.

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

1- En qualité de membre participant :

- Toute personne physique assujettie à un régime obligatoire d'assurance maladie française ;
- Le conjoint, le concubin d'adhérent, le co-contractant d'un PACS avec l'adhérent, son ou ses ayants droits définis par les dispositions des articles L. 161.1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale ;
- A leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

2- En qualité de membre honoraire : les personnes physiques admises par le Conseil d'Administration qui se prononce à la majorité des membres le composant.

La Mutuelle peut admettre des personnes morales souscrivant des contrats collectifs.

Article 8

ADHÉSION INDIVIDUELLE

Acquièrent la qualité d'adhérent à la Mutuelle les personnes qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion et qui règlent leur cotisation par téléphone, ou via Internet par le paiement de la cotisation relative au contrat mutualiste souscrit. Le contrat est en tacite reconduction.

La signature du bulletin d'adhésion et le règlement de la cotisation emportent acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent, disponibles sur le site internet smeno.com.

Article 9

ADHÉSION COLLECTIVE

I – Opérations collectives facultatives :

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement mutualiste, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscription et la Mutuelle.

II – Opérations collectives obligatoires :

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

Section 2

Démission, radiation, exclusion

Article 10

DEMISSION

La démission du contrat est possible à l'issue de l'engagement des 12 mois à l'exception des situations particulières détaillées dans le règlement mutualiste (voir article 6 du règlement mutualiste). Elle est notifiée par écrit.

Article 11

RADIATION

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

Sont également radiés les membres participants qui n'ont pas payé leur cotisation. A défaut de paiement ou fraction de cotisation due, la Mutuelle engage une procédure de recouvrement prévoyant différents niveaux de relance et la suspension des prestations.

Passé un délai de 10 jours à l'échéance de la cotisation due, une mise en demeure de régler ladite cotisation sous 30 jours sera adressée à l'adhérent. En cas de non-paiement dans les 10 jours suivant le délai notifié par la mise en demeure, la Mutuelle suspend l'ensemble des garanties de l'adhérent et procède à sa radiation conformément à l'article L 221-7 du code de la Mutualité.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, le jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation, ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, les frais de poursuites et de recouvrement non judiciaires sur la base d'un forfait de 10 €.

Article 12

EXCLUSION

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles du livre II du code de la mutualité, peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle

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

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 sauf stipulations contraires prévues au règlement mutualiste ou par la législation en vigueur. 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 de droit étaient entièrement réunies antérieurement à la date d'effet de cette démission, radiation, exclusion.

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I^{er}

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section 1 Composition, élection

Article 14

COLLEGE ET SECTION DE VOTE

Les membres participants et honoraires élisent leurs représentants à l'Assemblée Générale au sein de deux collèges participants.

Tous les membres de la Mutuelle participants et honoraires peuvent être répartis en sections de vote.

L'étendue et la composition des sections sont fixées par le Conseil d'Administration. Elles peuvent différer selon les collèges.

Article 15

COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale est composée des délégués des sections de vote. Ces délégués sont répartis en collèges ci-après définis :

- collège des membres participants dans la région Hauts-de-France
- collège des membres participants dans la région de Normandie et autres régions

Article 16

ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

Les membres de chaque section et de chaque collège élisent parmi eux le ou les délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Les délégués sont élus pour 4 ans.

Les élections des délégués ont lieu suivant le mode de scrutin suivant :

- lorsque dans le cadre d'une Section, l'élection donne lieu à la désignation d'un seul délégué, le scrutin est organisé selon le système uninominal majoritaire à un tour.

- lorsque dans le cadre d'une Section, l'élection donne lieu à la désignation de plusieurs délégués, le scrutin est organisé selon le système de la représentation proportionnelle avec attribution des restes selon la plus forte moyenne.

Il est procédé aux élections générales des délégués, tous les quatre ans, par correspondance ou par voie électronique

La perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué ou de délégué suppléant.

Article 17

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, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant en priorité venant à l'ordre de suppléance dans sa section de vote.

Article 18

NOMBRE DE DÉLÉGUÉS

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale.

Article 19

EMPÊCHEMENT

Le délégué titulaire empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut se faire représenter dans ses fonctions par un délégué présent disposant du droit de vote en lui confiant un mandat.

Un même délégué ne peut réunir un nombre de mandats supérieur à trois.

Article 20

DISPOSITIONS PROPRES AUX MINEURS

Les mineurs de plus de 16 ans, ayant la qualité de membre participant, exercent leur droit de vote à l'Assemblée Générale.

Article 21

ORGANISATION DES ELECTIONS ET COMMISSION ELECTORALE

Le Conseil d'Administration constitue une Commission Electorale de 4 membres, chargée d'organiser et de suivre le scrutin.

Sur proposition de la Commission Electorale, le Conseil d'Administration adopte le règlement électoral qui précise les modalités pratiques d'organisation du scrutin.

Section 2

Réunions de l'Assemblée Générale

Article 22

CONVOCATION ANNUELLE OBLIGATOIRE

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

Il la réunit au moins une fois par an.

Article 23

AUTRES CONVOCATIONS

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le Conseil,
2. les commissaires aux comptes,
3. L'Autorité de contrôle prudentiel et de Résolutions (ACPR) mentionnée à l'article L. 114-8 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un délégué,
4. un administrateur provisoire nommé par l'ACPR, à la demande d'un ou plusieurs délégué(s),
5. les liquidateurs,
6. A défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de l'organisme, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration, de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 24

MODALITÉS DE CONVOCATION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

La convocation est faite par courrier quinze jours avant la date de sa réunion.

Les membres composant l'Assemblée Générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Le vote par correspondance

Tout membre de l'assemblée générale peut faire la demande auprès de la mutuelle d'un formulaire de vote par correspondance.

Il est à noter que lorsqu'un vote par correspondance est organisé, certains délais minimaux doivent être respectés.

Ainsi, le formulaire de vote par correspondance adressé au délégué doit indiquer la date fixée à laquelle le vote doit être reçu par la Mutuelle.

Le vote électronique par internet

La loi ne prévoit aucune disposition spécifique en matière de vote électronique par internet pour l'adoption de projet de résolution de l'assemblée générale des délégués de sociétaires.

A priori, comme la loi ne l'interdit pas expressément, on peut envisager de recourir à ce mode de vote en le prévoyant par les statuts.

Article 25

ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolutions au plus tard 8 jours avant la date de l'Assemblée Générale en les adressant à l'auteur de la convocation.

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

Elle peut, en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

Article 26

COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

I - Le Conseil d'Administration procède à l'élection du Président

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

II - L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer 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 du règlement mutualiste 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,

- 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 au compte prévu à l'article L.114-39 du même code,
- 14° le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du code de la mutualité,
- 15° toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

III - L'Assemblée Générale décide :

- 1° la nomination des commissaires aux comptes,
- 2° la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- 3° les délégations de pouvoir prévues à l'article 29 des présents statuts,
- 4° les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité.

Article 27

MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 24 Modalités de vote par procuration, par correspondance ou par vote électronique En cas d'impossibilité d'assister à l'assemblée générale, le délégué peut demander à voter par procuration, par correspondance ou par vote électronique. En cas de vote par procuration, le délégué empêché peut s'y faire représenter par un autre délégué de la Mutuelle, sans toutefois que le nombre de voix exprimées par un même délégué puisse excéder trois, y compris la sienne. Un formulaire de vote par procuration sera remis à tous les délégués lors de l'envoi de la convocation. Le texte des résolutions ainsi qu'un exposé des motifs sont joints au formulaire de vote par procuration. Le délégué empêché devra signer le formulaire et y indiquer ses nom, prénom et domicile ainsi que ceux du mandataire.

I - Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum égal à la moitié du total des délégués et une majorité renforcée pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 28 des présents statuts, 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, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.

Article 24 Modalités de vote par procuration, par correspondance ou par vote électronique En cas d'impossibilité d'assister à l'assemblée générale, le délégué peut demander à voter par procuration, par correspondance ou par vote électronique. En cas de vote par procuration, le délégué empêché peut s'y faire représenter par un autre délégué de la Mutuelle, sans toutefois que le nombre de voix exprimées par un même délégué puisse excéder trois, y compris la sienne. Un formulaire de vote par procuration sera remis à tous les délégués lors de l'envoi de la convocation. Le texte des résolutions ainsi qu'un exposé des motifs sont joints au formulaire de vote par procuration. Le délégué empêché devra signer le formulaire et y indiquer ses nom, prénom et domicile ainsi que ceux du mandataire.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée dans les conditions réglementaires. Elle délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés représente au moins le quart du total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

II - Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum égal au quart du total des délégués et une majorité simple pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I ci-dessus, l'Assemblée Générale 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 dans les conditions réglementaires. Elle délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés.

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

Article 28

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 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 à compter de la notification des nouvelles conditions contractuelles aux adhérents.

Article 29

DÉLÉGATION DE POUVOIR DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale peut déléguer, dans les conditions de l'article 26 III, 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, élections

Article 30

COMPOSITION

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de 12 administrateurs.

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.

Le Conseil d'Administration sur proposition du Président, peut s'adjoindre jusqu'à cinq personnalités qualifiées qu'il coopte, ayant voix consultative.

Article 31

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ – LIMITE D'ÂGE

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

- être 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 dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Les administrateurs doivent répondre aux exigences réglementaires relatives à la compétence et l'honorabilité des dirigeants et des membres des organes collégiaux dans les organismes d'assurance.

Le nombre des membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Article 32

MODALITÉS DE L'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 bulletins secrets par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale pour une durée de 4 ans.

Le Conseil d'Administration est entièrement renouvelé lors de la première Assemblée Générale qui suit l'élection des délégués. Dans ce cas, l'élection se fait par scrutin de liste selon le système de représentation proportionnelle avec attribution des restes à la plus forte moyenne.

Chaque liste doit comporter un nombre de candidats égal au nombre de sièges à pourvoir et sa composition doit répondre aux exigences décrites à l'article 30 ci-dessus.

Article 33

DURÉE DU MANDAT

La durée de la fonction des membres du Conseil d'Administration expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du code de la mutualité relative au cumul. Dans ce cas, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Les membres du Conseil d'Administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence à trois séances consécutives. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale.

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

Article 34

VACANCE

En cas de vacance de poste d'un administrateur, il est pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale ; si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

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

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

Section 2

Réunions du conseil d'administration

Article 35

RÉUNIONS

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du président, et au moins trois fois par an.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par un tiers des membres du Conseil d'Administration.

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.

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

Les dirigeants salariés et le DEO participent de droit aux réunions du Conseil d'Administration.

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président ou les dirigeants.

Dans le cadre prévu par la loi, le Conseil d'Administration peut se tenir sous un format dématérialisé.

Article 36

DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du président et des autres membres du bureau ou la nomination des dirigeants salariés, 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.

Section 3

Attributions du Conseil d'Administration

Article 37

COMPÉTENCES 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 applicables aux mutuelles.

Le Conseil d'Administration adopte annuellement les budgets prévisionnels de la Mutuelle.

Article 38

DÉLÉGATIONS 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 dont les membres sont choisis parmi les administrateurs ou les délégués.

Le Conseil d'Administration peut confier au bureau toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par la loi.

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

Sans préjudice des dispositions de l'article 52, le Conseil d'Administration peut confier au président ou un administrateur nommé 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, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

Article 39**NOMINATION D'UN DIRIGEANT OPERATIONNEL**

Le Conseil d'Administration peut nommer un ou plusieurs dirigeant(s) opérationnel(s) et détermine ses (leurs) attributions. Il en fait la déclaration auprès du Registre National des Mutuelles. Il fixe sa (leur) rémunération. Le Conseil d'Administration peut le(s) révoquer à tout moment.

Le(s) dirigeant(s) opérationnel(s) assiste(nt) à chaque réunion du Conseil d'Administration et, à l'invitation du président, aux réunions du bureau.

Article 40**DIRECTION EFFECTIVE ET DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS**

La « direction effective » de la Mutuelle est confiée conjointement au Président du Conseil d'Administration et à un ou plusieurs dirigeants opérationnels disposant d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisant sur les activités et les risques de la Mutuelle et faisant preuve de la disponibilité nécessaire pour exercer ce rôle, et être impliqués dans les décisions importantes, notamment en termes de stratégie, de budget ou de questions financières.

Les dirigeants opérationnels peuvent se voir déléguer par le président ou un administrateur, dans la limite de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer en leur nom certains actes ou de prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le Conseil d'Administration, par décision expresse, déterminées quant à leur objet et reportées dans un registre coté.

Le Conseil d'Administration peut également consentir, en cas d'empêchement du titulaire, une délégation au profit d'un autre salarié.

En aucun cas le président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

Section 4

Statut des administrateurs

Article 41**INDEMNITÉS VERSÉES AUX ADMINISTRATEURS**

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

La Mutuelle peut cependant verser des indemnités et procéder à des remboursements de frais à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du code de la mutualité.

En outre, Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L.114-26 du code de la mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

Article 42**REMBOURSEMENT DES FRAIS AUX ADMINISTRATEURS**

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le code de la mutualité.

Article 43**SITUATION ET COMPORTEMENTS INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS ET AUX DIRIGEANTS OPERATIONNELS**

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 quel que titre que ce soit à un administrateur (ou à un dirigeant salarié).

Les anciens membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs (et dirigeants opérationnels) de passer des conventions avec la mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 45, 46 et 47 des présents statuts.

Les administrateurs peuvent, s'ils y ont été autorisés par délibération spéciale de l'Assemblée Générale, prendre ou conserver un intérêt direct dans l'entreprise au sein de laquelle la Mutuelle est constituée. Le procès-verbal de cette délibération est communiqué à l'autorité administrative.

Article 44**OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DES DIRIGEANTS OPERATIONNELS**

Les administrateurs et dirigeants salariés opérationnels 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 à la Mutuelle les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération, ainsi que les fonctions électives qu'ils exercent ou qu'ils briguent. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

Les dirigeants opérationnels sont tenus de déclarer au Conseil d'Administration, avant leur nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'ils entendent conserver, et de faire connaître après leur nomination les autres activités ou fonctions qu'ils entendent exercer.

Les administrateurs et les dirigeants opérationnels sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Article 45**CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES SOUMISES A AUTORISATION PRÉALABLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Sous réserve des dispositions de l'article 47 des présents statuts, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs (ou l'un de ses dirigeants opérationnels), ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur ou un dirigeant 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 (ou un dirigeant opérationnel) 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 SOUMISES A 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 (ou l'un de ses dirigeants), 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 desdites conventions sont communiqués par le président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale dans les conditions de l'article L.114-33 du code de la mutualité.

Article 47**CONVENTIONS INTERDITES**

Il est interdit aux administrateurs (et aux dirigeants opérationnels) 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.

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

Article 48

RESPONSABILITÉ

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

CHAPITRE III

PRÉSIDENT ET BUREAU

Section 1

Election et missions du président

Article 49

ÉLECTION ET RÉVOCATION

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un président. Il peut à tout moment être révoqué par celui-ci.

Le Président est élu pour une durée de 4 ans sans que ce mandat ne puisse excéder son mandat d'administrateur.

Il est rééligible.

L'élection a lieu au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Au cas où aucun des candidats n'a obtenu la majorité absolue au premier tour de scrutin, il est procédé à un second tour. Seuls les deux candidats ayant obtenu le plus de voix au premier tour sont autorisés à se représenter au second tour. En cas de partage égal des voix, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Article 50

VACANCE

En cas de décès, de démission, de révocation 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 l'administrateur le plus âgé membre du bureau. Dans l'intervalle, l'exécution des affaires courantes de la Mutuelle est confiée à l'administrateur le plus âgé membre du bureau.

Article 51

MISSIONS

Le président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'assemblée générale.

Il informe, le cas échéant, le Conseil d'Administration des procédures engagées 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.

Le président convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour.

Il préside les réunions du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales.

Il informe le commissaire aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage 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.

Section 2

Election, composition du bureau

Article 52

ÉLECTION

Les membres du bureau sont élus pour 4 ans par le Conseil d'Administration à la majorité absolue des membres le composant sur proposition du Président.

L'élection a lieu au scrutin de liste majoritaire à deux tours.

La liste doit comprendre un nombre de candidats égal au nombre de sièges à pourvoir.

Article 53

COMPOSITION

Le Bureau de la Mutuelle se compose d'un Président, d'au moins un Vice-Président, d'un Secrétaire Général, et le cas échéant, d'un Secrétaire Général adjoint, d'un Trésorier, et le cas échéant, d'un Trésorier adjoint.

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, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Article 54

RÉUNIONS ET DÉLIBÉRATIONS

Le bureau se réunit sur convocation du président, selon ce qu'exige la bonne administration de la mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du bureau avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le président peut inviter des personnes extérieures au bureau dont le(s) dirigeant(s) salarié(s) à assister aux réunions du bureau qui délibère alors sur cette présence.

Le bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ces 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 relevé de conclusions à l'issue de chaque réunion.

Le président rend compte de son activité lors de chaque Conseil d'Administration.

Article 55

LE OU LES VICE-PRESIDENTS

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

Article 56

LE 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.

Article 57

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

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

Article 58

LE 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 présente à l'Assemblée Générale un rapport annuel sur la situation financière de la Mutuelle.

Article 59

LE TRÉSORIER ADJOINT

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 FINANCIÈRE

Section 1 **Produits et charges**

Article 60

PRODUITS

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- 1) Les droits d'admission et les cotisations des membres participants,
- 2) Les cotisations des membres honoraires,
- 3) Les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- 4) Plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi.

Article 61

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
- 6) la redevance prévue à l'article L.951-1, 2° du code de la sécurité sociale et affectée aux ressources de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolutions) pour l'exercice de ses missions,
- 7) Plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi

Les dépenses de la Mutuelle sont engagées par le Président et payées par le Trésorier.

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

Article 62

APPORTS ET TRANSFERTS FINANCIERS

En cas de création de mutuelles définies à l'article L.111-3 ou d'unions définies à l'article L.111-4 du code de la mutualité, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

Section 2

Modes de placement et de retrait des fonds, règles de sécurité financière

Article 63

La Mutuelle :

- 1- constitue des provisions techniques dont le niveau lui permet d'assurer le règlement intégral de ses engagements ; ces provisions techniques figurent au nombre des engagements réglementés mentionnés ci-dessous,
- 2- détient des actifs d'un montant au moins équivalent aux engagements réglementés, dont la mutuelle doit à tout moment justifier une évaluation,
- 3- détient des fonds propres éligibles couvrant le capital de solvabilité requis et évalue au moins une fois par an son capital de solvabilité requis conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Article 64

FONDS DE GARANTIE

La Mutuelle adhère au fonds de garantie selon les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Section 3

Commission Vie des Elus, Comité d'audit et des risques et commissaires aux comptes

Article 65

COMMISSION VIE DES ELUS

La commission vie des élus étudie et propose toutes les dispositions intéressant les indemnisations, les remboursements, les formations et tous les moyens dont peuvent bénéficier les élus pour faciliter l'exercice efficace de leur mandat.

Elle assure sa mission suivant le principe de la subsidiarité, en regard notamment des dispositions législatives et réglementaires applicables à la Mutualité ainsi qu'aux propres règles figurant déjà dans les Statuts et le règlement intérieur de la Mutuelle.

La commission vie des élus est composée de trois membres élus par le Conseil d'Administration dont au moins deux membres du Conseil d'Administration pour une durée de 4 ans. Le Président ne peut être élu.

Elle vérifie la conformité des moyens mis en œuvre pour répondre aux objectifs visés.

Pour ce faire, elle contrôle sur pièces en examinant tous documents administratifs et pièces comptables que le président de la Mutuelle lui transmet, ainsi que les rapports de la commission de contrôle.

La commission se réunit au moins deux fois par an dont au moins une fois dans les trois mois précédant l'Assemblée Générale de présentation des comptes.

Ses procès-verbaux de réunion sont adressés dans le mois au président. Le président inscrit la présentation du rapport annuel à l'ordre du jour du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale.

Elle rédige la charte des élus et de la vie institutionnelle qui vient compléter les statuts de la Mutuelle quant aux modalités de fonctionnement du Conseil d'Administration. Elle a également pour vocation d'accompagner chaque élu dans sa découverte de la Mutuelle et de faciliter la conduite de son mandat.

Article 66

COMMISSAIRES AUX COMPTES

En vertu de l'article L.114-38 du code de la mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.225-219 du code de commerce.

Le président convoque le(s) commissaire(s) au compte(s) à toute Assemblée Générale.

Le commissaire aux comptes :

- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'Administration,
- certifie le rapport établi par le Conseil d'Administration et présenté à l'assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- prend connaissance de l'avis donné par le président du Conseil d'Administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du code de la mutualité,
- établit et présente à l'Assemblée Générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité,
- signale sans délai au Conseil d'Administration tout fait et décision mentionné à l'article L.510-6 du code de la mutualité dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du Conseil d'Administration les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le code de commerce,

- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

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

Article 67

LE COMITE D'AUDIT ET DES RISQUES

Le Comité d'audit et des risques est une émanation du Conseil d'Administration. Il se compose d'au minimum 3 et d'au maximum 5 membres administrateurs élus pour la durée du mandat. Il se réunit au moins 3 fois par an.

La mission du comité d'audit et des risques est de faciliter la prise de décision du Conseil d'Administration dans les trois domaines principaux suivants :

- Les comptes et l'information financière,
- les risques et le contrôle interne,
- l'audit interne et externe.

Une charte du Comité d'audit et des risques précise les modalités de son organisation et ses missions. Une fois par an le comité fait un bilan de son activité au travers d'un rapport présenté aux membres du Conseil d'Administration.

Section 4

Fonds d'établissement

Article 68

MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 228.600 euros (art. R 212.1)

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 26 des statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

TITRE III

INFORMATION DES ADHÉRENTS

Article 69

ÉTENDUE DE L'INFORMATION

La Mutuelle met à disposition de chacun de ses adhérents sans frais un exemplaire à jour des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste.

Chaque adhérent est informé 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

DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 27-I 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 et des membres de la commission de contrôle statutaire.

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 26-I 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.



REGLEMENT MUTUALISTE

En application de l'article 5 des statuts, le présent règlement mutualiste définit le contenu, la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

CHAPITRE I^{ER} : CATEGORIES DE MEMBRES ET GARANTIES

Article 1 : Ayants droit

Les personnes suivantes peuvent bénéficier de la même garantie que l'adhérent principal moyennant le paiement de la garantie correspondant à sa tranche d'âge :

- Le conjoint, concubin ou partenaire.
- Les enfants de moins de 21 ans de l'adhérent principal ainsi que ceux de son conjoint, concubin ou partenaire.
-

L'enfant, ayant-droit de l'adhérent principal, ayant atteint l'âge de 21 ans, ne pourra plus bénéficier de la qualité d'ayant-droit du contrat de son parent à l'issue du mois anniversaire durant lequel il aura atteint l'âge de 21 ans. A l'issue de la perte de la qualité d'ayant-droit, la mutuelle peut lui proposer l'adhésion à un nouveau contrat en tant que membre participant.

La cotisation est gratuite pour les ayants-droits mineurs dans les cas suivants :

- à partir du 3ème enfant mineur

L'ajout d'un ayant-droit prend effet, au plus tôt, le lendemain du jour de la demande. L'ajout d'un nouveau-né peut être rétroactif si la demande est formulée dans les trois mois suivant la naissance.

La suppression d'un ayant-droit du contrat mutuelle doit être formulée par l'assuré principal du contrat mutuelle et prendra effet à la fin du mois de réception de la demande.

Sur les garanties actuellement en gestion (Voir Article 2), l'ajout d'un ayant-droit n'est plus possible à l'exception des enfants de moins de 18 ans de l'assuré.

Les cas exceptionnels seront étudiés par le Président qui en informera le Conseil d'Administration.

Article 2 : Garanties

Trois garanties sont proposées en adhésion individuelle :

- Garantie ^{mut}M – ^{mut}L – ^{mut}XL

Treize garanties sont en gestion mais ne sont plus proposées à l'adhésion :

- La Perf
- Garantie L – Garantie XL



- Garantie ^{mut}M – ^{mut}L – ^{mut}XL souscrite avant le 1^{er} Octobre 2015 avec une date d'effet avant le 1^{er} Octobre 2015.
- Garantie ^{mut}M avec renfort « optique-dentaire » et/ou renfort « hospitalisation »
- Garantie Eco, Garantie 100 % et Garantie 130 %- Pack Santé
- Mut 2 XL et Mut 3 XL

Les contrats dits initiaux ne peuvent subir aucune modification, (ajout, retrait de bénéficiaires...) sous peine de perdre leur caractère initial.

CHAPITRE II : OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

Article 3 : Cotisations

Les membres honoraires paient une cotisation annuelle dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration.

Sauf cas particuliers définis à l'article 5 du présent règlement, les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle fractionnable non remboursable qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle.

La cotisation est fixée annuellement par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, l'Assemblée Générale pouvant déléguer cette compétence au Conseil d'Administration, sous réserve que la délégation soit confirmée annuellement.

La cotisation est individuelle ou familiale. Elle peut faire l'objet d'un prélèvement automatique mensuel conformément au contrat sur compte bancaire ou postal. Elle est payable d'avance.

Les tarifs peuvent être modifiés à effet du 1^{er} octobre de chaque année, conformément à une décision antérieure de l'Assemblée Générale.

Les garanties SMENO proposées à la vente sont calculées selon un tarif évolutif suivant la tranche d'âge du membre participant.

L'étudiant âgé entre 25 et 28 ans révolus doit justifier de son statut étudiant au plus tard à la fin du mois suivant la date de son adhésion pour bénéficier du tarif de la tranche d'âge moins de 25 ans. Pour cela, il doit transmettre à la SMENO un document justifiant de son statut étudiant (carte étudiant, certificat de scolarité).

Cette démarche pourra être faite soit :

- en agence Smeno (liste sur Smeno.com),
- par courrier : Smeno-Centre de Gestion-CS 90027-59040 Lille Cedex,
- par e-mail via le formulaire de contact.

L'étudiant qui ne transmet pas ses justificatifs verra sa cotisation recalculée en fonction du tarif correspondant à l'âge de l'adhérent avec effet rétroactif à la date d'adhésion.

Les tranches d'âge pour les garanties Mut M, Mut L, Mut XL sont les suivantes : moins de 25 ans, de 25 à 28 ans révolus, de 29 à 34 ans révolus, de 35 à 39 ans révolus, de 40 à 44 ans révolus, de 45 à 49 ans révolus, de 50 à 59 ans révolus, 60 ans à 69 ans révolus, 70 à 79 ans révolus, 80 ans et plus.

Pour les garanties Mut 2 XL, Mut 3 XL, les tranches d'âges sont les suivantes : 0 à 17 ans révolus, puis chaque âge possède son montant de cotisation.



Pour les garanties L Pro, XL Pro, les tranches d'âge sont les suivantes : moins 18 ans, de 18 à 22 ans révolus, de 23 à 24 ans révolus, de 25 à 26 ans révolus, de 27 à 28 ans révolus, de 29 à 35 ans révolus, de 36 à 40 ans révolus, de 41 à 45 ans révolus, de 46 à 50 ans révolus, de 51 à 55 ans révolus, de 56 à 60 ans révolus, de 61 à 65 ans révolus, plus de 65 ans.

Pour les garanties Eco, 100 %, 130 %, les tranches d'âges sont les suivantes : Moins de 18 ans, 18-28 ans révolus, 29-35 ans révolus, 36-40 ans révolus, 41-45 ans révolus, 46-50 ans révolus, 51-55 ans révolus, 56-60 ans révolus, 61-65 ans révolus et plus de 65 ans.

Le Pack Santé ne possède pas de tranche d'âge, son tarif est fixe.

Lorsqu'un adhérent entre dans une nouvelle tranche d'âge, le nouveau tarif de la cotisation est applicable à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date anniversaire de l'adhérent.

Article 4 : Défaut de paiement

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. A défaut de paiement ou fraction de cotisation due, la mutuelle engage une procédure de recouvrement prévoyant différents niveaux de relance et la suspension des prestations. En cas de non recouvrement constaté au terme de la procédure celle-ci aboutira à la radiation d'office de la mutuelle conformément à l'Article L221-7 du Code de la Mutualité.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, le jour où l'adhérent est à jour de ses cotisations y compris les frais de poursuites et de recouvrement non judiciaire sur la base d'un forfait de 10 €.

Article 5 : L'adhésion

Pour les garanties ^{mut}M – ^{mut}L – ^{mut}XL, l'adhésion est conclue pour un engagement de 12 mois. La période de référence de nos garanties s'étend du 1^{er} Octobre au 30 Septembre de l'année suivante. A chaque 1^{er} Octobre, vous bénéficiez des nouvelles garanties en vigueur. Elle est renouvelée tacitement à chaque date anniversaire du contrat sauf démission, radiation ou exclusion suivant les modalités prévues par le présent règlement mutualiste et conformément aux dispositions législatives et réglementaires.

Article 6 : Démission

Les démissions sont prévues :

6-1/ Le membre participant peut mettre fin à son adhésion à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalité.

La résiliation prend effet un mois après la réception par la SMENO de la notification transmise par un support écrit et durable comme convenu dans le décret sur la résiliation infra annuelle n°2020-1438 du 24/11/2020



6-2/ En cas d'obligation d'adhérer à une mutuelle d'entreprise, la démission est recevable à toute période de l'année moyennant la présentation d'une attestation de l'employeur datée de moins d'un mois justifiant de cette obligation. La radiation à la mutuelle prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

Après la prononciation de la résiliation, la SMENO procédera au remboursement de la cotisation annuelle déduction faite des mois pris en charge jusqu'à la date de la radiation.

De même, en cas de départ à l'étranger dans le cadre d'une mutation géographique subie, d'un détachement ou d'un contrat de travail conclu avec un employeur dont le siège ou l'établissement est à l'étranger, l'adhérent devra impérativement fournir le justificatif de la mutuelle obligatoire par l'employeur pour le salarié ou un contrat de travail avec un employeur dont l'établissement ou le siège est à l'étranger, ou une attestation justifiant le détachement ou la mutation.

6-3/ L'adhérent qui devient éligible à la CSS devra fournir à la mutuelle dans les trois mois suivant l'ouverture de ses droits CSS, son attestation mentionnant les dates d'ouverture de droits CSS afin que sa démission soit enregistrée.

Si l'attestation est transmise dans les trois mois impartis et en l'absence de consommation de prestation, les cotisations réglées par l'adhérent lui seront remboursées depuis la date d'ouverture de ses droits CSS. Si des prestations ont été consommées, les cotisations seront dues jusqu'au dernier mois durant lequel des prestations ont été versées.

Si l'attestation d'ouverture de droits CCS est transmise à la mutuelle au-delà des trois mois, la résiliation prendra effet le dernier jour du mois de réception de l'attestation. Les cotisations versées après la date de résiliation du contrat feront l'objet d'un remboursement.

Pour les adhérents devenant éligibles à l'Aide Médicale d'Etat, la carte de bénéficiaire de l'AME devra nous être fournie dans les trois mois suivant l'ouverture de ses droits au dispositif afin que sa démission soit enregistrée. Si la carte de bénéficiaire est transmise dans les trois mois impartis et en l'absence de consommation de prestations, les cotisations réglées par l'adhérent lui seront remboursées depuis la date d'ouverture de ses droits AME. Si des prestations ont été consommées, les cotisations seront dues jusqu'au dernier mois durant lequel des prestations ont été versées. Si la carte de bénéficiaire du dispositif AME est transmise à la mutuelle au-delà des trois mois, la résiliation prendra effet le dernier jour du mois de réception du justificatif.

6-4/ Pour les membres étudiants ayant souscrit par erreur un contrat et qui n'ont pas bénéficié de prestations, la radiation prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande sur justificatif d'un certificat de la mutuelle des parents valable à la date de souscription à la SMENO dans un délai d'un mois à compter de la date de souscription du contrat SMENO. Toute demande doit être adressée par un envoi en lettre recommandée ou suivant les modalités de résiliation accessibles depuis l'espace personnel de l'adhérent. L'adhérent devra fournir la photocopie du certificat de couverture mutuelle parentale ou mutuelle du conjoint

6-5/ Si en cours d'année l'adhérent souscrit auprès de la SMENO Assurances un contrat d'assurances santé à l'étranger, d'une durée minimum à 3 mois, sur demande écrite de l'adhérent, la Mutuelle procédera à la radiation du contrat et au remboursement de la cotisation pour les mois restant à courir. La radiation prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de début de la garantie santé à l'étranger. A l'échéance de son contrat d'assurances santé à l'étranger, l'adhérent pourra adhérer de nouveau à une garantie SMENO.



6-6/ En cas de décès, la radiation sera prononcée sans préavis sur présentation de l'acte de décès.

La mutuelle remboursera les cotisations trop perçues au bénéficiaire stipulé sur le certificat d'hérédité. Le bénéficiaire aura 6 mois pour se manifester suite à la déclaration de décès pour obtenir le remboursement de la cotisation.

En ce qui concerne les ayants droits, la garantie cesse de plein droit à la date de survenance du décès. Néanmoins, un nouveau contrat pourra être souscrit par les dits ayants droits avec effet rétroactif au lendemain de la date de fin du contrat initial si la demande intervient dans le mois suivant le décès.

6-7/ En cas de départ pérenne à l'étranger, justifié par la production des pièces visées à l'article 6/, la démission est possible en cours d'année universitaire :

La démission prend effet le 1^{er} jour du mois suivant le départ si la demande est formulée au moins deux mois avant la date de départ. Si la demande est effectuée hors délai, un préavis de 2 mois est appliqué.

La mutuelle procédera au remboursement de la cotisation pour les mois entiers restant à courir.

L'adhérent devra fournir deux justificatifs attestant du départ et de la résidence à l'étranger, selon la liste suivante : l'attestation de fin d'études de l'établissement d'enseignement pour les étudiants, copie du visa ou de la carte de séjour pour les non étudiants, l'état des lieux du logement, la fermeture de compte bancaire, copie du billet de transport.

Article 7 : Justificatifs à fournir en cas de démission

Pour toute déclaration de démission au cours des 12 premiers mois d'adhésions, qui doit être transmise à la SMENO par lettre recommandée avec accusé de réception ou suivant les modalités de résiliation accessibles depuis l'espace personnel, l'adhérent doit joindre les pièces justificatives suivantes :

-la lettre de déclaration de démission

Les pièces justificatives supplémentaires seront à retourner dans un délai de 30 jours au plus tard qui suit la demande de démission.

CHAPITRE III : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

SECTION I - PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

Article 8 : Obligations de la mutuelle

La Mutuelle assure les prestations mutualistes complémentaires de l'assurance-maladie des régimes obligatoires de la sécurité sociale française. Le versement des prestations mutualistes s'effectue par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent.

La garantie « Pack Santé » offre l'accès au forfait santé dans la limite des forfaits définis annuellement par le tableau des prestations approuvé par l'Assemblée Générale.



Article 9 : Etendue des prestations

Les prestations de la mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la Sécurité Sociale, ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance. Toutefois, le total des remboursements ne peut en aucun cas être supérieur au prix réel de la prestation payée.

Article 10 : Risques couverts

Les risques couverts sont définis annuellement par le tableau des prestations approuvé par l'Assemblée Générale. Les contrats sont solidaires car la Mutuelle ne pratique aucune sélection médicale.

Article 11 : Contrats solidaires responsables

Les garanties mutualistes SMENO, Mut L, Mut XL, Mut 2XL, et Mut 3XL sont des contrats solidaires responsables au titre du décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire, elles respectent l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions des "contrats solidaires et responsables". Elles respectent ainsi les conditions posées aux articles L871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Article 12 : Exclusions

Ne sont pas garantis :

- les soins effectués en dehors du parcours de soins,
- les soins antérieurs à la date d'adhésion,
- les frais non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf exceptions expressément mentionnées dans les tableaux descriptifs des garanties,
- les actes hors nomenclatures Sécurité sociale ou classification commune des actes médicaux, sauf exceptions expressément mentionnées dans les tableaux descriptifs des garanties,
- la participation forfaitaire, prévue à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale, acquittée par le membre participant ou ses ayants droit pour chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation, ainsi que pour tout acte de biologie médicale,
- le remboursement des franchises annuelles prévues au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, la prise en charge des actes ou prestations pour lesquels le membre participant et/ou ses ayants droit n'ont pas accordé l'autorisation au professionnel de santé de consulter leur dossier médical personnalisé.
- les actes et consultations éligibles au forfait Médecines Douces non-pratiqués par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS

Article 13 : Taux de prestations

Les taux de prestations des différentes garanties sont définis dans le tableau des prestations approuvé par l'Assemblée Générale.

Les prestations sont exprimées à partir de la base de remboursement sécurité sociale.



Article 14 : Prestations accordées par la Mutuelle

Les prestations sont disponibles dans la brochure SMENO ou sur le site smeno.com

Le droit à prestations peut être conditionné, avant ou après le versement effectif de celles-ci, à la production de toutes pièces justificatives ou tout autre renseignement qui seraient jugés utiles par la mutuelle.

Toute fausse information ou faux justificatif fournis par l'adhérent ou l'un de ses ayants-droits entraîne la nullité du contrat, le remboursement des prestations indument perçues et le non remboursement des cotisations payées.

Article 15 : Délai de prescription

Les prestations ne pourront être versées que si la demande en est faite dans les deux années suivant la date des soins figurant sur la feuille de soins ou la facture.

Article 16 : Ouvertures des droits

L'adhésion à la mutuelle prend effet au plus tôt au 1^{er} jour qui suit la date de souscription, sauf cas particuliers définis par le Conseil d'Administration.

Pour la garantie ^{Mut}M, il est appliqué un délai de carence d'une durée d'un mois en hospitalisation calculé à partir de la date d'effet du contrat. Pendant cette période, les soins en rapport avec l'hospitalisation ne sont pas pris en charge.

Toutefois ce délai de carence ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Pour les enfants, si leur adhésion intervient dans les trois premiers mois suivants la naissance ou l'adoption,
- Pour tout bénéficiaire du dispositif CSS pouvant justifier d'une attestation de fin de droits de moins de trois mois.
- Pour tout bénéficiaire justifiant d'une adhésion à un contrat SMENO sur l'année précédente.

Article 17 : Date d'exécution des soins

Les remboursements de ces actes, hormis les forfaits, sont subordonnés à un remboursement de la sécurité sociale.

- 1) Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes) : c'est la date d'exécution des soins (actes) ; en cas d'actes en série, c'est la date de chaque acte qui est prise en considération
- 2) Actes des auxiliaires médicaux (infirmières, kiné, orthoptiste, orthophoniste, ...) : c'est la date d'exécution des actes
- 3) Médicaments-accessoires-pansements-optique-autres fournitures : c'est la date d'exécution (date d'achat)
- 4) Prothèses dentaires : c'est la date d'exécution des actes



- 5) Appareillage : c'est la date d'achat (sous réserve du remboursement sécurité sociale)
- 6) Analyses médicales : c'est la date d'exécution
- 7) Transport : c'est la date d'exécution (date de déplacement)
- 8) Hospitalisation : c'est la date d'exécution des soins. Le séjour est pris en charge en totalité si l'adhérent a des droits qui couvrent toute sa durée. Dans le cas contraire, le séjour peut être pris en charge partiellement sur production de facture détaillant les prestations jour par jour.
- 9) Cures thermales : c'est la date de début de cure
- 10) Décomptes établis par un autre organisme de sécurité sociale français : c'est la date de soins qui figure sur le relevé qui est prise en considération. En cas de tiers payant, l'adhérent doit fournir les volets de facturations établis par les professionnels de santé en plus du décompte de sécurité sociale
- 11) Les forfaits : c'est la date d'exécution, soit la date d'achat du produit qui donne droit au forfait

Article 18 : Changement de garantie

Le changement de garantie est possible à raison d'une fois par période de 12 mois.

Le changement de garantie réengage l'adhérent pour douze mois à compter de la date d'entrée dans la nouvelle garantie.

Le changement de garantie pour une garantie supérieure entraîne un recalcul des forfaits santé disponibles sur la base de la différence entre la consommation de l'ancienne garantie et les montants prévus par la nouvelle garantie.

Le changement de garantie pour une garantie inférieure entraîne un recalcul des forfaits santé disponibles sur la base de la différence entre la consommation de l'ancienne garantie et les montants prévus par la nouvelle garantie. Si le solde est nul (Ou négatif), le forfait correspondant à la prestation est consommé.

Cotisation annuelle au comptant : le changement est possible moyennant un paiement ou remboursement de la différence entre les cotisations des mois restant à courir jusqu'à échéance du contrat.

Cotisation annuelle par prélèvements : le changement est possible moyennant une majoration ou minoration des cotisations des mois restant à courir jusqu'à échéance du contrat.

18.a contrats de moins de 12 mois

Les changements de garantie au profit d'une garantie supérieure, ou ajout de renfort sont possibles sans conditions de non consommation.

Les changements de garantie au profit d'une garantie inférieure ou suppression d'un renfort sont possibles uniquement pour les garanties qui n'ont pas fait l'objet de paiement de prestations et/ou de consommation de forfait mutuelle sur l'exercice.

Les changements de garantie, ajouts ou suppressions de renforts prennent effet le premier jour du deuxième mois suivant la demande.

18.b contrats de plus de 12 mois

Les changements de garantie au profit d'une garantie supérieure ou inférieure, ajout ou suppression de renfort sont possibles sans conditions de non consommation.

La nouvelle garantie prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande.



Article 19 : La Médiation

Pour toute difficulté d'application ou d'interprétation du présent règlement et en l'absence de résolution du litige avec la Mutuelle, le membre participant peut saisir le Centre de Médiation et d'Arbitrage de Paris (CMAP) :

- par le formulaire disponible sur le site www.cmap.fr, page Consommateur (<https://www.cmap.fr/consommateurs/>).

- par courrier postal à l'adresse CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin D. Roosevelt, 75008 Paris.

Toute saisine doit être accompagnée d'une copie de la réclamation écrite préalablement adressée à la SMENO et datée d'au moins un mois et, sur laquelle, l'expéditeur, le destinataire et la date sont facilement identifiables.

Article 20 : Fonds de Solidarité et d'Entraide

La Mutuelle crée un fonds de solidarité et d'entraide dont le montant est déterminé annuellement par l'Assemblée Générale. La commission de solidarité et d'entraide mutualiste dont la composition est arrêtée par le Règlement Intérieur, étudie les demandes qui lui sont présentées. Elle statue en tenant compte de la situation personnelle de l'adhérent et des fonds qui lui sont alloués par l'Assemblée Générale.

Il s'agit d'une aide exceptionnelle auquel les membres participants peuvent faire appel uniquement dans les cas suivants :

- 1- Allocation spéciale de réinscription en cas d'impossibilité d'assister aux épreuves ou examens pour des raisons indépendantes de leur volonté (fortuites ou accidentelles).
- 2- aide exceptionnelle lorsque des frais médicaux ou paramédicaux restent à leur charge suite à une maladie, un accident ou un traitement médical spécifique.

Article 21 : Gestion de la Complémentaire Santé Solidaire CSS

La Mutuelle est agréée pour la gestion de la Complémentaire Santé Solidaire et du régime complémentaire.

Article 22 : Soins engagés hors de France

Les garanties sont étendues aux actes et frais de santé engagés à l'étranger, dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention bilatérale avec la France, dans la mesure où le régime obligatoire d'assurance maladie français les prend en charge à l'exclusion de la garantie MUT M. La Mutuelle intervient en complément des bases de remboursement de la Sécurité sociale française éventuellement reconstituées et selon les garanties prévues au présent règlement, sous réserve de recevoir le décompte original de la Sécurité sociale française.

Concernant l'utilisation des forfaits prévus dans le forfait Santé, les prestations "Contraception non-remboursée SS", "Auto test HIV", "Test de grossesse", "Sport", "Médicaments non-prescrits-automédication" et "protections hygiéniques" sont utilisables pour les achats effectués dans l'Union Européenne sous réserve de réception d'une facture délivrée en langue française.



SECTION II - SUBROGATION

Article 23 : Recours Subrogatoire

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent 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 engagées, à 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 décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants-droits leur demeure acquise sous la même réserve.

CHAPITRE IV : INFORMATION DES ADHERENTS

Article 24 : Information des adhérents

La Smeno met à disposition de chacun de ses adhérents sans frais un exemplaire à jour des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste.

Chaque adhérent est informé des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.