

STATUTS et RÈGLEMENT MUTUALISTE de la MOCEN

AU 1^{ER} JANVIER 2010

Mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la Mutualité et agréée
dans les branches 1 et 2 du code de la Mutualité (accidents-maladie)
N° au Registre National des Mutuelles : 775 681 042

SOMMAIRE

STATUTS	2 à 10
Formation, objet et composition de la Mutuelle	2
- Formation et objet de la Mutuelle	2
- Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion	2
Administration de la Mutuelle	3
- Assemblée générale	3
- Conseil d'administration	5
- Président et bureau	7
- Organes locaux de représentation de la Mocen auprès des adhérents	8
- Organisation financière	8
Information des adhérents	10
Dispositions diverses	10

RÈGLEMENT MUTUALISTE	10 à 20
Obligations de la Mutuelle et de ses adhérents	10
- Obligations des adhérents envers la Mutuelle	10
- Obligations de la Mutuelle	10
Dispositions diverses	11
Annexes	12



STATUTS

TITRE I FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I

Formation et objet de la mutuelle

Article 1 : Dénomination de la mutuelle

Il est constitué une mutuelle dénommée : Mocen qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le code de la mutualité, soumise aux dispositions du livre II, immatriculée au registre national des mutuelles sous le n° 775681042, pour pratiquer les opérations relevant des branches 1. Accidents (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles) et 2. Maladie.

Article 2 : Siège de la mutuelle

Le siège de la mutuelle est situé à PARIS 1^{er} - 15 rue du Louvre.

Article 3 : Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet :

- 1 • la couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à de la maladie,
- 2 • l'encouragement de la maternité et la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou handicapées,
- 3 • le développement culturel, moral et intellectuel et l'amélioration des conditions de vie de ses membres,
- 4 • de mener une action sociale envers ses adhérents,
- 5 • de favoriser la prévention et la promotion de la santé,
- 6 • de participer à la protection complémentaire en matière de santé instaurée par la loi N° 99.641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle dans les conditions prévues par ce texte ainsi que par ses dispositions d'application,
- 7 • conformément à l'article L.221-3 du code de la mutualité, la Mocen peut souscrire des contrats collectifs à caractère obligatoire auprès d'un autre organisme d'assurance afin de faire bénéficier ses membres ou une catégorie de ses membres de garanties complémentaires,
- 8 • conformément à l'article L.114-4-1 du code de la mutualité, la Mocen peut adhérer à une Union de Groupe Mutualiste ayant pour objet de faciliter et de développer, en les coordonnant, les activités de ses membres qui demeurent, pour chacun d'entre-eux, directement responsables de la garantie de leurs engagements.

Article 4 : 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 5 : Respect de l'objet des mutuelles

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

CHAPITRE II

Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

SECTION 1 • Adhésion

Article 6 : Catégories de membres

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, ou font des dons sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Peuvent adhérer à la mutuelle, en qualité de membre participant, les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes :

- 1 • les membres du personnel d'une organisation relevant de l'économie sociale, agréée par le conseil d'administration, ainsi que les adhérents de ces organisations,
- 2 • les membres du personnel des entreprises spécialement agréées par le conseil d'administration,
- 3 • les anciens salariés et les retraités d'une organisation ou d'une entreprise agréée,
- 4 • le conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un pacs) d'un membre participant décédé,
- 5 • le conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un pacs) séparé du membre participant,
- 6 • les enfants de membres participants ayant leur propre numéro de sécurité sociale,
- 7 • et plus généralement toute personne respectueuse des principes énoncés par le code de la mutualité.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- 1 • les ayants droit définis par l'article L.313-3 du code de la Sécurité sociale,
- 2 • la personne se trouvant à la charge effective et permanente d'un assuré social dans les conditions prévues à l'article L.161-14 du code de la Sécurité sociale,
- 3 • le conjoint ou le concubin ou le partenaire lié par un pacs ainsi que ses descendants directs âgés de moins de 20 ans, ne remplissant pas les conditions des alinéas précédents. Cependant, les descendants peuvent être maintenus en qualité de bénéficiaires jusqu'à leur 28^e anniversaire s'ils sont à charge du membre participant (étudiants, chômeurs, situation salariée précaire).
- 4 • les enfants handicapés sans limite d'âge à condition qu'ils soient célibataires et titulaires d'une carte d'invalidité égale ou supérieure à 80 %, sous réserve que leur adhésion soit intervenue avant leur 20^e anniversaire.

À 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.

Article 7 : Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 6 des présents statuts et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

L'admission des membres est décidée par le conseil d'administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

Article 8 : Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

- 1 • 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, et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.
- 2 • 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 9 : Démission et résiliation annuelle

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion, ou à celle de ses bénéficiaires, en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance.

Sauf indication contraire par la mutuelle mentionnée au bulletin d'adhésion, la date d'échéance est le 31 décembre.

Article 10 : Radiation

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

Leur radiation est prononcée par le conseil d'administration.

Article 11 : Exclusion

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 12 : 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 à l'exclusion des cas dans lesquels ledit remboursement de cotisation est de droit pour le membre participant (article L.221-17 du code de la mutualité).

TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I

Assemblée générale

SECTION 1 • Composition, élection

Article 13 : Section de vote

Tous les membres participants de la mutuelle sont répartis en sections de vote. L'étendue et la composition des sections sont fixées par le conseil d'administration.

Article 14 : Composition de l'assemblée générale

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote.

Article 15 : Élection des délégués

Les membres de chaque section élisent dans les trois mois qui précèdent l'assemblée générale ordinaire, parmi eux, les délégués à l'assemblée générale de la mutuelle. Ils sont élus pour une année.

Au cours de l'assemblée de section de vote (cf. article 13 des présents statuts) et par correspondance pour les membres empêchés, il est procédé à l'élection des délégués.

Les élections ont lieu à bulletins secrets.

Les candidats ayant obtenu dans la section le plus grand nombre de voix sont élus délégués en fonction du nombre de postes à pourvoir. Pour le dernier poste, à égalité de voix, le candidat le plus jeune est élu. La perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué.

Article 16 : Vacance en cours de mandat d'un délégué de section

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

Article 17 : Nombre de délégués

Chaque section élit un ou des délégués. Chaque délégué, dispose dans les votes à l'assemblée générale, d'une voix selon les modalités suivantes :

- membres participants assurés compris entre 1 et 5 000 : 1 délégué par tranche de 500 membres participants assurés,
- membres participants assurés compris entre 5 001 et 10 000 : 1 délégué par tranche de 500 membres participants assurés dans la limite de 12 délégués,
- membres participants assurés au-delà de 10 000 : 1 délégué par tranche de 500 membres participants assurés dans la limite de 15 délégués.

Article 18 : Empêchement

Le délégué empêché d'assister à l'assemblée générale est remplacé dans ses fonctions par un autre délégué non-administrateur sans que le nombre de mandats réunis par un même délégué puisse excéder deux, y compris le sien.

Article 19 : 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.

SECTION 2 • Réunion de l'assemblée générale

Article 20 : Convocation annuelle obligatoire

Le président du conseil d'administration convoque l'assemblée générale.

Il la réunit au moins une fois par an.

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

Article 21 : Autres convocations

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- 1 • la majorité des administrateurs composant le conseil,
- 2 • le commissaire aux comptes,
- 3 • la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du code de la mutualité, d'office ou saisie par la demande d'un membre participant,
- 4 • un administrateur provisoire nommé par la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du code de la mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- 5 • les liquidateurs.

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

Article 22 : Modalité de convocation de l'assemblée générale

La convocation est faite par voie du bulletin d'information, quinze jours au moins 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.

Article 23 : Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toute question dont l'examen est demandé cinq jours au moins avant l'assemblée générale par le quart des membres de l'assemblée générale est obligatoirement portée 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 24 : Compétence de l'assemblée générale

I • L'assemblée générale procède à l'élection :

- 1 • des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation,
- 2 • de la commission de contrôle statutaire telle que définie à l'article 68 des présents statuts.

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'action sociale,
- 5 • le montant du fonds d'établissement,

- 6 • les montants ou les taux de cotisations, les rappels de cotisations visés à l'article 61 des présents statuts, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L.114-1, 5^e alinéa du code de la mutualité,
- 7 • l'adhésion à une union ou 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,
- 8 • les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- 9 • le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- 10 • 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,
- 11 • le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- 12 • les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- 13 • le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité,
- 14 • le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code,
- 15 • le rapport présenté par la commission de contrôle statutaire prévu à l'article 68 des présents statuts,
- 16 • toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

III • L'assemblée générale décide :

- 1 • la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- 2 • les délégations de pouvoir prévues à l'article 27 des présents statuts,
- 3 • la nomination des commissaires aux comptes,
- 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 25 : Modalités de vote de l'assemblée générale

I • Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcée pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, la délégation de pouvoir prévue à l'article 27 des présents statuts, les prestations offertes, le transfert du portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du total des délégués. À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents représente au moins le quart du total des délégués.

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

II • Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I ci-dessus, l'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du total des délégués.

À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents.

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

Article 26 : 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 et des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été communiquées aux adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

Article 27 : Délégation de pouvoir de l'assemblée générale

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'assemblée générale la plus proche.

CHAPITRE II

Conseil d'administration

SECTION 1 • Composition, élections

Article 28 : Composition

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de vingt et un administrateurs.

Le conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de 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 29 : Présentation des candidatures

La déclaration des candidatures aux fonctions d'administrateur doit être adressée au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception dans les conditions et délais fixés par le conseil d'administration en fonction de la date de l'assemblée générale et de celle de la parution du bulletin d'information la précédant.

Article 30 : Conditions d'éligibilité - limites d'âge

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

- être à jour de leurs cotisations,
- 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 membres du conseil d'administration ne doivent pas être âgés de plus de 70 ans. Le membre atteint par la limite d'âge est considéré comme démissionnaire d'office.

Article 31 : Modalité 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 délégués de l'assemblée générale au scrutin uninominal à un tour. À égalité de voix, le candidat dont l'adhésion est la plus ancienne est élu.

Article 32 : Durée du mandat

Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 30 des présents statuts,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'assemblée générale.

Article 33 : Renouvellement du conseil d'administration

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

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

Article 34 : Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un administrateur, il est pourvu provisoirement par le conseil 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 du membre qu'il remplace. 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 • Réunion du conseil d'administration

Article 35 : Réunion

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président, et au moins une fois par trimestre.

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.

Article 36 : Représentation des salariés au conseil d'administration

Deux représentants des salariés de la mutuelle élus par l'ensemble des salariés assistent avec voix consultative aux séances du conseil d'administration. Ils sont élus pour une durée de deux ans à raison d'un salarié au titre du collège des cadres et d'un salarié au titre du collège des employés. Le vote, sur appel à candidature libre exclusivement, a lieu à bulletins secrets à la majorité relative à un tour et sans exigence d'un quorum particulier. En cas d'égalité, le poste est attribué au candidat ayant l'ancienneté la plus importante et à égalité d'ancienneté au plus jeune des candidats. Sont électeurs tous les salariés travaillant à la Mocen depuis six mois au moins au jour du scrutin et n'ayant encouru aucune des condamnations visées aux articles L-5 et L-7 du code électoral. L'élection aura lieu l'année du renouvellement du tiers sortant du conseil d'administration. Sont éligibles les salariés travaillant à la mutuelle depuis deux années au moins au jour du scrutin et n'ayant encouru aucune des condamnations visées à l'alinéa qui précède.

Article 37 : 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 bulletins secrets pour l'élection du président et des autres membres du bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

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

Article 38 : Démission d'office

Les membres du conseil d'administration peuvent, par décision du conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à deux ou trois séances au cours de la même année. Cette décision est ratifiée par l'assemblée générale.

SECTION 3 •

Attributions du conseil d'administration

Article 39 : 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 applicable aux mutuelles.

Article 40 : Délégations d'attributions par le conseil d'administration

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

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

Sans préjudice de ce qui est dit dans l'article 51 des présents statuts, le conseil d'administration peut confier au président ou à 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.

Le conseil d'administration peut également consentir, en cas d'empêchement du titulaire, une délégation au profit d'un 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 à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du code de la mutualité.

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.

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 43 : Situation et comportements interdits aux administrateurs

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du code de la mutualité.

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

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

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

Article 44 : Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard.

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

Sous réserve des dispositions de l'article 46 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un des administrateurs, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur salarié 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 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 à une obligation d'information

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un des administrateurs telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité, sont communiquées par ce dernier au président du conseil d'administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le président aux membres du conseil d'administration et au commissaire 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 de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs 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 • Élection et missions du président

Article 49 : Élection

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

À égalité de voix, le candidat dont l'adhésion est la plus ancienne est élu.

- Le président est élu pour une durée de deux ans.
- Le président est rééligible.

La déclaration des candidatures à la fonction de président du conseil d'administration doit être envoyée par pli recommandé avec avis de réception au siège de la mutuelle au plus tard quinze jours francs avant la date de l'élection.

Article 50 : Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le premier vice-président et ce dans l'ordre de leur élection ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le premier vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

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 donne avis au 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.

Le président peut sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration confier au responsable administratif, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

SECTION 2 • Élection, composition du bureau

Article 52 : Élection

Les membres du bureau, autres que le président du conseil d'administration, sont élus à bulletins secrets pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration. À égalité de voix, le candidat dont l'adhésion est la plus ancienne est élu. Les candidatures au poste de membre du bureau sont adressées par pli recommandé avec avis de réception à la mutuelle, au plus tard quinze jours francs avant la date de l'élection.

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

En cas de vacance, et pour quelque cause que ce soit, le conseil d'administration, 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 53 : Composition

Le bureau est composé de la façon suivante :

- un président du conseil d'administration,
- un premier vice-président,
- deux vice-présidents,
- un secrétaire général,
- un secrétaire général adjoint,
- un trésorier général,
- un trésorier général adjoint.

Article 54 : Réunion et délibération

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

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

Le président peut inviter des personnes extérieures au bureau à assister aux réunions du bureau qui délibère alors sur cette présence.

Le bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

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

Article 55 : Les vice-présidents

Le conseil d'administration de la mutuelle peut élire plusieurs vice-présidents dont un premier vice-président.

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.

Le secrétaire général peut sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration confier au responsable administratif, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 57 : Le secrétaire général adjoint

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

Article 58 : Le trésorier général

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

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

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

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

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

Le trésorier général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnancement, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 59 : Le trésorier général adjoint

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

CHAPITRE IV

Organes locaux de représentation de la Mocen auprès des adhérents

Article 60 : Création et rôle

La Mutuelle est organisée en structures géographiques créées et définies par le conseil d'administration.

À cet effet, le conseil d'administration établit le règlement intérieur des dites structures.

Chaque structure est animée par des militants nommés par le conseil d'administration de la mutuelle parmi les membres participants ou honoraires selon des modalités fixées par lui.

À défaut de militants dans une structure, le conseil peut désigner un membre du conseil pour assumer cette fonction.

CHAPITRE V

Organisation financière

SECTION 1 • Produits et charges

Article 61 : Produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

- 1 • le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres. Son montant est déterminé par l'assemblée générale,
- 2 • les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- 3 • les rappels de cotisations éventuellement nécessaires,
- 4 • les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- 5 • les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- 6 • plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêtres.

Article 62 : Charges

Les charges de la mutuelle comprennent :

- 1 • les diverses prestations servies aux membres participants,
- 2 • le versement des aides entrant dans le cadre du fonds d'action sociale prévu à l'article 24-II,
- 3 • les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
- 4 • les versements faits aux unions et fédérations,
- 5 • la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- 6 • les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds,
- 7 • les cotisations versées au système fédéral de garantie prévu à l'article L.111-5 du code de la mutualité,
- 8 • la redevance prévue à l'article L.951-1 2° du code de la Sécurité sociale et affectée aux ressources de l'ACAM pour l'exercice de ses missions,
- 9 • plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

Article 63 : Vérifications préalables

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

Article 64 : Apports et transferts financiers

En cas de créations 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 •

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

Article 65 : Placement et retrait des fonds

Le conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'assemblée générale.

Article 66 : Règles de sécurité financière

Le fonds de garantie prévu à l'article L.212-1 du code, est constitué du fonds d'établissement et des réserves nécessaires.

Son montant est égal au tiers de la marge de solvabilité.

Les excédents annuels de produits sur les charges sont affectés en priorité :

- soit au fonds d'établissement,
- soit à un compte de réserve le complétant afin de respecter le fonds de garantie prévu par le code.

Le surplus éventuel est affecté aux réserves libres sur décision de l'assemblée générale.

Article 67 : Système de garantie

La mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

SECTION 3 • Commission de contrôle statutaire et commissaires aux comptes

Article 68 : Commission de contrôle statutaire

Une commission de contrôle statutaire est élue à bulletins secrets tous les 2 ans par l'assemblée générale parmi les membres de la mutuelle non-administrateurs. Elle est composée de 3 membres. En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause, d'un membre de la commission de contrôle, il est pourvu provisoirement par le conseil à la nomination d'un nouveau membre 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 travaux de la commission de contrôle auxquels aurait participé le membre coopté n'en seraient pas moins valables. Le membre ainsi désigné achève le mandat du membre qu'il remplace. Elle se réunit au moins une fois par an à l'initiative du président du conseil d'administration.

Elle vérifie l'adéquation des moyens mis en œuvre pour l'exécution des orientations et délibérations prises par le conseil d'administration. Les résultats de ses travaux sont consignés dans un rapport écrit communiqué au président du conseil d'administration avant l'assemblée générale et présentés à celle-ci par le président de la commission de contrôle. Ce rapport est annexé au procès-verbal de la délibération de l'assemblée. La commission de contrôle statutaire peut solliciter auprès du commissaire aux comptes toutes les informations nécessaires pour l'exécution de sa mission.

Article 69 : Commissaire 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 commissaire aux comptes à toute assemblée générale.

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 versés à chaque administrateur,
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le conseil d'administration,
- 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,
- fournit à la demande de la commission de contrôle des mutuelles tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- signale sans délai à la commission tout fait et décision mentionnés à l'article L.510-6 du code de la mutualité dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du conseil d'administration et de la commission de contrôle statutaire 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 70 : Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 228 600 euros. Son montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins, par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 25-I des présents statuts.

TITRE III INFORMATION DES ADHÉRENTS

Article 71 : Étendue de l'information

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

En outre, tout adhérent peut sur simple demande obtenir le texte d'un ou plusieurs articles du code auquel il est fait référence dans les présents statuts.

Il est informé :

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

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

Article 72 : 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 25-I des présents 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 25-I des présents statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionnés à l'article L.421-1 du code de la mutualité.

Article 73 : Action sociale

Des aides sociales peuvent être attribuées, sur présentation de justificatifs, aux membres participants et à leur famille pour des besoins urgents, notamment en cas de maladie, blessures, accidents ou décès.

Ces sommes sont prélevées sur le fonds d'action sociale dont le montant est déterminé chaque année par l'assemblée générale.

RÈGLEMENT MUTUALISTE

(article 4 des statuts)

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

SECTION 1 • Conditions d'admission

Pour adhérer à la mutuelle, il convient de remplir les conditions définies à l'article 6 des statuts de la mutuelle.

Le bulletin d'adhésion comporte les mentions obligatoires prévues par le code de la mutualité.

SECTION 2 • Catégories de bénéficiaires

Les membres de la mutuelle sont répartis conformément aux articles 7 et 8 des statuts.

Obligations des adhérents envers la Mutuelle

SECTION 1 • Droit d'admission

Les membres participants paient un droit d'admission fixé à 5 €.

SECTION 2 • Cotisations

Les membres participants qui adhèrent à titre individuel s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle, trimestrielle ou annuelle, qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle et définies sur le tableau joint au présent règlement (annexe 1).

Les cotisations sont exigibles dès le premier jour du mois d'adhésion. Cette même règle est appliquée en cas d'une modification de situation mutualiste pour laquelle la nouvelle cotisation est appliquée à la date d'effet du changement.

Elles sont prélevées automatiquement et d'avance sur un compte bancaire ou postal mensuellement, trimestriellement ou annuellement pour les adhésions individuelles.

En cas de retard dans le paiement des cotisations, les pénalités suivantes sont prévues : majoration de 1 % par mois de retard à l'échéance fixée.

Obligations de la Mutuelle

SECTION 1 •

Prestations accordées par la mutuelle

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Les prestations des adhérents relevant d'un contrat collectif obligatoire ou facultatif sont définies dans ledit contrat signé entre la mutuelle et l'organisme concerné.

- A • Les prestations accordées par la mutuelle aux adhérents individuels sont celles indiquées sur le tableau joint au présent règlement (annexe 2).

Le droit aux prestations maladie-hospitalisation prend effet immédiatement après l'adhésion :

- 1 • pour tous les adhérents en provenance d'une autre mutuelle à condition :
 - de produire un certificat de radiation de l'ancienne mutuelle précisant les noms et qualités des bénéficiaires de la couverture, son étendue et la date où elle a pris fin,
 - que le délai qui sépare cette date de celle de réception du certificat au siège de la mutuelle n'excède pas trois mois,
 - qu'il n'y ait pas d'interruption dans le versement des cotisations pendant cette période.
- 2 • pour les bénéficiaires handicapés titulaires d'une carte d'invalidité d'un taux égal ou supérieur à 80 %, si leur inscription intervient dans les trois mois qui suivent la date d'adhésion du participant,

- 3 • pour les enfants âgés de moins de trois mois au moment de leur inscription à titre de bénéficiaires. L'inscription des enfants nouveau-nés prend effet au premier jour du mois de la naissance ou au premier jour du mois suivant au choix du membre participant,
- 4 • les enfants adoptés si leur inscription à titre de bénéficiaires parvient dans les trois mois de l'adoption. L'inscription des enfants adoptés prend effet au premier jour du mois de l'adoption ou au premier jour du mois suivant au choix du membre participant.

Dans tous les autres cas, un stage de trois mois est appliqué. La date de départ des stages est la date d'adhésion indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Le délai de forclusion est fixé à deux années pour les demandes de règlement des prestations mutualistes, par référence à la date de remboursement de l'assurance maladie.

Ce délai est d'une année pour :

- les demandes de versement des actions de solidarité, par référence à la date de l'événement familial,
- les réclamations des adhérents relatives aux prestations qu'ils auraient perçues, par référence à la date de règlement des prestations complémentaires.

Les compléments sont dus après règlement des prestations de Sécurité sociale, et, le cas échéant, des indemnités versées par les caisses d'assurances privées ou autres. Toute indemnisation des compagnies d'assurance qui interviendrait ultérieurement au règlement des compléments mutualistes perçus par l'adhérent pour les mêmes soins, devra être reversée intégralement à la mutuelle.

Toutes les prestations, mentionnées au présent règlement mutualiste, sont réglées aux participants par virement postal ou bancaire. En règle générale, les prestations figurant au présent règlement mutualiste, sont versées sur présentation des justificatifs de dépenses engagées conformément aux dispositions mentionnées à l'annexe 3 du présent règlement mutualiste.

B • Fonds d'action sociale (articles 24-II-4 et 73 des statuts) :

Outre les prestations figurant en annexe 2 du présent règlement, dans les circonstances évoquées à l'article 73 des présents statuts, dès lors qu'elles interviennent entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année du versement de la cotisation, l'adhérent peut prétendre, après examen de son dossier dans le cadre du fonds d'action sociale dont le budget est voté annuellement par l'Assemblée générale (articles 24-II-4 et 73 des statuts), à une aide de la Mutuelle.

C • Partenariats :

Pour les adhérents handicapés, la mutuelle a souscrit des partenariats. Ces derniers sont repris dans l'annexe 5 du présent règlement mutualiste.

D • Possibilité d'avances mutualistes :

Dans le cas où une prise en charge ne peut être délivrée, la mutuelle peut consentir une avance équivalente à :

- pour le risque chirurgical : 75 % des frais prévisibles,
- pour les soins coûteux et de longue durée : 75 % du remboursement prévisible de Sécurité sociale.

La demande d'avance doit être accompagnée :

- d'une facture prévisionnelle des frais d'hospitalisation et des frais médicaux ou chirurgicaux,
- d'un engagement sur l'honneur, signé du participant et de son conjoint, "de rembourser dès règlement de la Sécurité sociale, et au plus tard dans un délai de deux mois, la somme avancée par la mutuelle".

Les prestations des adhérents relevant d'un régime particulier d'assurance sociale, à l'exception du régime local, sont les mêmes que celles des adhérents du régime général de la Sécurité sociale.

Les prestations dont peuvent bénéficier les adhérents relevant du régime local sont détaillées dans le tableau prestataire (annexe 2) au présent règlement mutualiste.

SECTION 2 • Subrogation

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

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

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

Le fait pour un assuré social, adhérent à la Mocen, de recourir au service du tiers payant implique l'abandon au profit de celle-ci des prestations dues par les caisses d'assurance maladie.

DISPOSITIONS DIVERSES

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

MÉDIATION

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur désigné par le conseil d'administration. Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser au siège de la mutuelle.

ANNEXE 1 : MONTANTS DES COTISATIONS

Chaque adhérent dispose du libre choix de son adhésion. L'option choisie est commune à toute la famille. La mutation d'une option à une autre peut intervenir sous réserve d'avoir cotisé au moins un an dans l'option précédente. Le membre participant assuré doit en faire la demande par courrier (le cachet de la Poste faisant foi) avec un préavis de deux mois révolus avant la date d'effet de la nouvelle option. Les cotisations mensuelles sont fixées comme suit :

Régime général :						
Régime général et régime des travailleurs indépendants	OPTION Jeunes*	OPTION Alpha-santé**	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
Par Adulte	17,94 €	26,38 €	36,24 €	53,28 €	101,81 €	158,25 €
Par Enfant	17,94 €	10,55 €	14,50 €	21,31 €	40,72 €	63,30 €
Par Adhésion tardive (personne âgée de 60 ans et + lors de l'adhésion)	-	39,57 €	54,36 €	79,92 €	152,72 €	237,38 €

* Pour les assurés sociaux de moins de 30 ans lors de l'adhésion.

** Les personnes bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et choisissant d'adhérer à l'option Alpha-santé se verront appliquer une cotisation minorée durant toute la durée d'ouverture de leurs droits à l'ACS : (21,10 € / mois par adulte, 8,44 € / mois par enfant, 31,65 € / mois par adhésion tardive).

Régime local :						
Régime local (Départements 57, 67 et 68)	OPTION Jeunes*	OPTION Alpha-santé**	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
Par Adulte	11,96 €	16,80 €	23,07 €	34,39 €	71,29 €	110,78 €
Par Enfant	11,96 €	6,72 €	9,23 €	13,76 €	28,52 €	44,31 €
Par Adhésion tardive (personne âgée de 60 ans et + lors de l'adhésion)	-	25,20 €	34,61 €	51,59 €	106,94 €	166,17 €

* Pour les assurés sociaux de moins de 30 ans lors de l'adhésion.

** Les personnes bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et choisissant d'adhérer à l'option Alpha-santé se verront appliquer une cotisation minorée durant toute la durée d'ouverture de leurs droits à l'ACS : (12,66 € / mois par adulte, 5,06 € / mois par enfant, 18,99 € / mois par adhésion tardive).

Ces tarifs incluent la cotisation de la garantie assistance Séréna (5,80 €/an et par membre participant assuré). Exonération de cotisation à partir du troisième enfant.

ANNEXE 2 : TABLEAU DES PRESTATIONS

Les remboursements sont liés à ceux de la Sécurité sociale, sous réserve que ces derniers soient calculés avec le ticket modérateur. Les remboursements sont effectués, à l'exception des actes hors nomenclature, **dans la limite des dépenses engagées**, sur présentation des décomptes originaux de la Sécurité sociale avec ticket modérateur et des factures acquittées le cas échéant (les justificatifs à fournir sont mentionnés à l'annexe 3 du présent règlement mutualiste).

Ces remboursements sont exprimés par référence aux tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale (pourcentages fixés au 31/12/2009).

Le ticket modérateur est déduit de la prestation mutualiste lorsque, dans le cadre d'une prise en charge à 100 %, il a déjà été remboursé par l'assurance maladie.

La prise en charge des dépenses de médicaments (soumis à TFR Tarif Forfaitaire de Responsabilité - ou non), est réalisée dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour l'ensemble des garanties, la Mocen :

- **prend en charge** la franchise de 18 € appliquée sur les actes pratiqués en ville ou à l'hôpital et affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 €.
- **ne prend pas en charge**, afin de respecter le cahier des charges des contrats responsables, la participation forfaitaire (article L.322-2-1 du code de la Sécurité sociale), la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L322-2 du code de la Sécurité sociale, et, pour les soins effectués en dehors du parcours de soins coordonné, la majoration du ticket modérateur (article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale) et la franchise appliquée aux dépassements d'honoraires (article R.871-1 2° alinéa du même code).

a • Adhérents relevant du régime général de la Sécurité sociale et du régime des travailleurs indépendants :

OPTION JEUNES

Dispositif prestataire s'inscrivant dans le respect du parcours de soins exprimés en % sur la base des remboursements du régime général de la Sécurité sociale	Remboursements Sécurité sociale	Prestations Mocen
		Complément mutuelle sur la base du tarif de convention Option Jeunes - de 30 ans
MALADIE		
HONORAIRES MEDICAUX		
Conventionnés	70 %	30 %
Non conventionnés	70 %	30 %
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Soins infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.	60 %	40 %
FRAIS ANNEXES		
Transport	65 %	35 %
Indemnité de déplacement, majoration nuit et dimanche	60 ou 70 %	40 ou 30 %
PHARMACIE		
ELECTRO-RADIOLOGIE (imagerie médicale ADI)	70 %	30 %
ANALYSES LABORATOIRES	60 %	40 %
CHIRURGIE : actes techniques médicaux - actes de chirurgie	70 %	30 %
OSTEOPATHIE sur présentation de la facture acquittée portant la mention d'un praticien inscrit dans une association professionnelle reconnue	-	20 € / année civile
HOSPITALISATION		
FRAIS DE SEJOUR		
médecine, chirurgie, psychiatrie, maison de repos	80 %	20 %
FORFAIT JOURNALIER par jour (1)	-	18 € *
FRAIS DE MATERNITE		
Forfait naissance - adoption (versement conditionné à l'adhésion mutualiste de l'enfant qui doit être inscrit le 1 ^{er} jour du mois de sa naissance ou son adoption au plus tard)	-	300 €
DENTAIRE		
SOINS		
	70 %	30 %
PROTHESES (sur présentation des justificatifs)		
Acceptées par la Sécurité sociale	70 %	30 %
IMPLANT DENTAIRE non pris en charge par la Sécurité sociale (sur présentation de la facture)	-	Forfait de 100 € / année civile
ORTHODONTIE (sur présentation de la facture)		
Acceptée par la Sécurité sociale	70 %	30 %
Acceptée par la Sécurité sociale	100 %	-
OPTIQUE		
LUNETTES (VERRES ET MONTURE)		
Acceptées par la Sécurité sociale, dans la limite d'un forfait par année civile	65 %	35 % + Forfait 70 €
LENTILLES OU VERRES DE CONTACT		
Accepté(e)s par la Sécurité sociale, dans la limite d'un forfait par année civile	65 %	35 % + Forfait 70 €
CHIRURGIE RÉFRACTIVE		
Refusée par la Sécurité sociale, dans la limite d'un forfait par œil et par année civile	-	Forfait 70 €
PRÉVENTION		
DENTAIRE		
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures	70 %	30 %
Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival	70 %	30 %
BILAN DU LANGAGE oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit	60 %	40 %
DEPISTAGE DE L'HEPATITE B	60 %	40 %
DEPISTAGE DES TROUBLES DE L'AUDITION		
Audiométrie tonale ou vocale	60 %	40 %
Audiométrie tonale avec tympanométrie	60 %	40 %
Audiométrie vocale dans le bruit	60 %	40 %
Audiométrie tonale et vocale	60 %	40 %
Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie	60 %	40 %
VACCINS		
Diphtérie, tétanos et poliomyélite	65 %	35 %
Coqueluche	65 %	35 %
Hépatite B	65 %	35 %
BCG	65 %	35 %
Rubéole	65 %	35 %
Haemophilus influenza B	65 %	35 %
Infections invasives à pneumocoques	65 %	35 %
Anti grippal (vaccin et acte médical)	-	100 %
OSTEODENSITOMETRIE acceptée par la Sécurité sociale		
Forfait par examen, incluant le ticket modérateur sur présentation de la facture acquittée	70 %	30 %
FORFAIT ANTI-TABAC (2)	50 € / année civile	50 €
FORFAIT ANNUEL CONTRACEPTION (3)	-	15 €
HYGIENE ALIMENTAIRE consultation non prise en charge par la Sécurité sociale		
Forfait par année civile, sur présentation de la facture acquittée d'un diététicien (4)	-	25 €
HYGIENE ALIMENTAIRE consultation non prise en charge par la sécurité sociale		
Forfait supplémentaire par année civile pour les adhérents de moins de 20 ans, sur présentation de la facture acquittée d'un diététicien (4)	-	25 €

* 13,50 € / jour pour la psychiatrie.

(1) dans la limite, par année civile de : 30 jours. Quelle que soit la nature du forfait. (2) remboursement par année civile dans la limite des dépenses engagées. En cas de non intervention de la Sécurité sociale, production de la prescription médicale d'un substitut nicotinique et de la facture acquittée. (3) sur présentation de la prescription médicale d'une pilule contraceptive non remboursée par la Sécurité sociale et de la facture acquittée. (4) forfait par année civile sur présentation de la facture acquittée portant mention d'un praticien inscrit dans une association professionnelle reconnue.

Dispositif prestataire s'inscrivant dans le respect du parcours de soins % exprimés sur la base des remboursements du régime général de la Sécurité sociale	Remboursements Sécurité sociale	Prestations Mocen Complément mutuelle sur la base du tarif de convention				
		Option Alpha-santé	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
CURES						
CURES THERMALES						
Surveillance médicale	70 %	-	30 %	30 %	30 %	30 %
Frais de traitement, transport	65 %	-	35 %	35 %	35 %	35 %
Forfait hébergement (21 jours), part ticket modérateur	65 %	-	35 %	35 %	35 %	35 %
Forfait hébergement (21 jours), part dépassements d'honoraires	-	-	-	120 %	120 %	120 %
Forfait hébergement en cas de non prise en charge par la S.S sous réserve que les frais et soins de la cure soient pris en charge par la S.S.	-	-	-	150 %	150 %	150 %
PRÉVENTION						
DENTAIRE						
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
BILAN DU LANGAGE oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
DEPISTAGE DE L'HÉPATITE B	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
DEPISTAGE DES TROUBLES DE L'AUDITION						
Audiométrie tonale ou vocale	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Audiométrie tonale avec tympanométrie	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Audiométrie vocale dans le bruit	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Audiométrie tonale et vocale	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
VACCINS						
Diphthérie, tétanos et poliomyélite	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Coqueluche	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Hépatite B	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
BCG	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Rubéole	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Haemophilus influenza B	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Infections invasives à pneumocoques	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Anti grippal (vaccin et acte médical)	-	100 %	100 %	100 %	100 %	-
Autres vaccins refusés par la S.S.	-	-	-	-	-	100 €
OSTEODENSITOMETRIE acceptée par la S.S. Forfait par examen, incluant le ticket modérateur. Sur présentation de la facture acquittée.	70 %	50 €	76,22 €	76,22 €	76,22 €	100 €
OSTEODENSITOMETRIE non prise en charge par la S.S. Forfait par examen, sur présentation de la facture acquittée. (8)	-	50 €	76,22 €	76,22 €	76,22 €	100 €
FORFAIT ANTI-TABAC (9)	50 €/année civile	35 €	35 €	35 €	35 €	100 €
HYGIENE ALIMENTAIRE						
Consultation non prise en charge par la S.S. Forfait par année civile, sur présentation de la facture acquittée d'un diététicien (10)	-	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
HYGIENE ALIMENTAIRE Consultation non prise en charge par la S.S. Forfait supplémentaire par année civile pour les adhérents de moins de 20 ans, sur présentation de la facture acquittée d'un diététicien (10)	-	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €

* 13,50 € / jour pour la psychiatrie.

- (1) dans la limite de 4 séances par année civile.
(2) dans la limite, par année civile de : 40 jours pour l'option Alpha santé - 60 jours pour l'option 1 - 70 jours pour l'option 2 - 90 jours pour l'option 3 et 100 jours pour l'option 4, quelle que soit la nature du forfait.
(3) participation supérieure en fonction des conventions signées par la Mutuelle.
(4) pendant 30 nuitées maximum par année civile sous réserve que la personne hospitalisée soit adhérente à la Mocen.
(5) séjours supérieurs à 3 jours et dans la limite maxi de 90 jours par année civile.
(6) dans la limite de 4 000 € par an à partir de la pose de la première prothèse ; plafond appliqué sur le remboursement global de la Mocen (ticket modérateur plus dépassements d'honoraires).
(7) dans la limite d'un plafond par année civile, hors ticket modérateur, de 228,67 € pour les options 2 et 3 et de 300 € pour l'option 4.
(8) pour les adhérents de plus de 40 ans.
(9) remboursement par année civile dans la limite des dépenses engagées. En cas de non-intervention de la Sécurité sociale, production de la prescription médicale d'un substitut nicotinique et de la facture acquittée.
(10) forfait par année civile sur présentation de la facture acquittée portant mention d'un praticien inscrit dans une association professionnelle reconnue.

b • Adhérents relevant du régime local :

OPTIONS ALPHA-SANTÉ - 1 - 2 - 3 - 4 :

Dispositif prestataire s'inscrivant dans le respect du parcours de soins % exprimés sur la base des remboursements du régime local (départements 57, 67 et 68) de la Sécurité sociale	Remboursements Sécurité sociale	Prestations Mocen Complément mutuelle sur la base du tarif de convention				
		Option Alpha-santé	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
MALADIE						
HONORAIRES MEDICAUX						
Conventionnés, part ticket modérateur	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Conventionnés, part dépassements d'honoraires	-	-	-	20 %	100 %	200 %
Non conventionnés, part ticket modérateur	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Non conventionnés, part dépassements d'honoraires	-	-	-	20 %	100 %	200 %
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Soins infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
FRAIS ANNEXES						
Transport	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Indemnité de déplacement, majoration nuit et dimanche	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
PHARMACIE	90, 80 ou 15 %	10, 20 ou 85 %	10, 20 ou 85 %	10, 20 ou 85 %	10, 20 ou 85 %	10, 20 ou 85 %
ELECTRO-RADIOLOGIE (imagerie médicale ADI)	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
ANALYSES LABORATOIRES						
CHIRURGIE : actes techniques médicaux - actes de chirurgie	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Part ticket modérateur	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Part dépassements d'honoraires	-	-	-	20 %	100 %	200 %
OSTEOPATHIE sur présentation de la facture acquittée portant la mention d'un praticien inscrit dans une association professionnelle reconnue	-	20 € / année civile	20 € / année civile	25 € / année civile	30 € / année civile	30 € / par séance (1)
HOSPITALISATION						
FRAIS DE SEJOUR : médecine, chirurgie, psychiatrie, maison de repos	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
FRAIS ANNEXES						
Chambre particulière : minimum par jour (2)	-	-	-	30,49 €	38,00 €	50,00 €
Personne accompagnante (3)	-	-	-	15,24 €	15,24 €	20 €
Allocation pour frais supplémentaires (4)	-	-	-	-	3,81 €	5 €
FRAIS DE MATERNITE	-	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
Forfait naissance - adoption (versement conditionné à l'adhésion mutualiste de l'enfant qui doit être inscrit le 1 ^{er} jour du mois de sa naissance ou son adoption au plus tard)	-	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €
DENTAIRE						
SOINS	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
PROTHESES (sur présentation des justificatifs)						
Acceptées par la S.S., part ticket modérateur	90 %	10 %	10 %	10 %	10 % (5)	10 % (5)
Acceptées par la S.S., part dépassements d'honoraires	-	20 %	60 %	160 %	290 % (5)	370 % (5)
Refusées par la S.S.	-	30 %	50 %	250 %	320 % (5)	400 % (5)
IMPLANT DENTAIRE non pris en charge par la S.S. (sur présentation de la facture)	-	Forfait 100 € / année civile	Forfait 100 € / année civile	Forfait 200 € / année civile	Forfait 300 € / année civile	Forfait 350 € / année civile
ORTHODONTIE (sur présentation de la facture)						
Acceptée par la S.S., part ticket modérateur	100 %	-	-	-	-	-
Acceptée par la S.S., part dépassements d'honoraires	-	-	-	100 %	100 %	200 %
Refusée par la S.S.	-	-	-	60 %	60 %	100 %
OPTIQUE						
LUNETTES (VERRES ET MONTURE)						
Acceptées par la S.S., dans la limite d'un forfait par année civile	90 %	10 % + Forfait 75 €	10 % + Forfait 110 €	10 % + Forfait 190 €	10 % + Forfait 310 €	10 % + Forfait 400 €
LENTILLES OU VERRES DE CONTACT						
Accepté(e)s par la S.S., dans la limite d'un forfait par année civile	90 %	10 % + Forfait 75 €	10 % + Forfait 110 €	10 % + Forfait 190 €	10 % + Forfait 310 €	10 % + Forfait 400 €
Refusé(e)s par la S.S., dans la limite d'un forfait par année civile	-	-	Forfait 50 €	Forfait 145 €	Forfait 210 €	Forfait 300 €
CHIRURGIE RÉFRACTIVE						
Refusée par la S.S., dans la limite d'un forfait par œil et par année civile	-	Forfait 75 €	Forfait 110 €	Forfait 190 €	Forfait 310 €	Forfait 400 €
PROTHESES						
AUDIO-PROTHESE						
Acceptée par la S.S., dans la limite d'un forfait par année civile et par prothèse	90 %	10 %	10 % + Forfait 200 €	10 % + Forfait 500 €	10 % + Forfait 500 €	10 % + Forfait 500 €
Refusée par la S.S.	-	-	-	210 %	210 %	240 %
FRAIS ANNEXES (PILES, RÉPARATIONS...)						
Acceptés par la S.S., part ticket modérateur	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Acceptés par la S.S., part dépassements d'honoraires	-	-	10 %	190 %	190 %	215 %
APPAREILLAGE (6)						
Part ticket modérateur	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Part dépassements d'honoraires	-	-	-	90 %	90 %	90 %

Dispositif prestataire s'inscrivant dans le respect du parcours de soins % exprimés sur la base des remboursements du régime local (départements 57, 67 et 68) de la Sécurité sociale	Remboursements Sécurité sociale	Prestations Mocen Complément mutuelle sur la base du tarif de convention				
		Option Alpha-santé	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
CURES						
CURES THERMALES						
Surveillance médicale, frais de traitement	90 %	-	10 %	10 %	10 %	10 %
Transport	65 %	-	35 %	35 %	35 %	35 %
Forfait hébergement (21 jours), part ticket modérateur	65 %	-	35 %	35 %	35 %	35 %
Forfait hébergement (21 jours), part dépassements d'honoraires	--	-	120 %	120 %	120 %	120 %
Forfait hébergement en cas de non prise en charge par la S.S. sous réserve que les frais et soins de la cure soient pris en charge par la S.S.	--	-	150 %	150 %	150 %	150 %
PREVENTION						
DENTAIRE						
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
BILAN DU LANGAGE oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
DEPISTAGE DE L'HEPATITE B	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
DEPISTAGE DES TROUBLES DE L'AUDITION						
Audiométrie tonale ou vocale	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Audiométrie tonale avec tympanométrie	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Audiométrie vocale dans le bruit	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Audiométrie tonale et vocale	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
VACCINS						
Diphtérie, tétanos et poliomyélite	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Coqueluche	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Hépatite B	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
BCG	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Rubéole	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Haemophilus influenza B	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Infections invasives à pneumocoques	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Anti grippal (vaccin et acte médical)	-100 %	100 %	100 %	100 %	-	100 %
Autres vaccins refusés par la S.S.	--	-	-	-	100 €	100 €
OSTEODENSITOMETRIE acceptée par la S.S. Forfait par examen, incluant le ticket modérateur. Sur présentation de la facture acquittée.						
	90 %	50 €	76,22 €	76,22 €	76,22 €	100 €
OSTEODENSITOMETRIE non prise en charge par la S.S. Forfait par examen, sur présentation de la facture acquittée. (7)						
	-	50 €	76,22 €	76,22 €	76,22 €	100 €
FORFAIT ANTI-TABAC (8)						
	50 € / année civile	35 €	35 €	35 €	35 €	100 €
HYGIENE ALIMENTAIRE						
Consultation non prise en charge par la S.S. Forfait par année civile, sur présentation de la facture acquittée d'un diététicien (9)						
	-	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
HYGIENE ALIMENTAIRE						
Consultation non prise en charge par la S.S. Forfait supplémentaire par année civile pour les adhérents de moins de 20 ans, sur présentation de la facture acquittée d'un diététicien (9)						
	-	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €

(1) dans la limite de 4 séances par année civile.

(2) participation supérieure en fonction des conventions signées par la Mutuelle.

(3) pendant 30 nuitées maximum par année civile sous réserve que la personne hospitalisée soit adhérente à la Mocen.

(4) séjours supérieurs à 3 jours et dans la limite maxi de 90 jours par année civile.

(5) dans la limite de 4 000 € par an à partir de la pose de la première prothèse ; plafond appliqué sur le remboursement global de la Mocen (ticket modérateur plus dépassements d'honoraires).

(6) dans la limite d'un plafond par année civile, hors ticket modérateur, de 228,67 € pour les options 2 et 3 et de 300 € pour l'option 4.

(7) pour les adhérents de plus de 40 ans.

(8) remboursement par année civile dans la limite des dépenses engagées. En cas de non intervention de la Sécurité sociale, production de la prescription médicale d'un substitut nicotinique et de la facture acquittée.

(9) forfait par année civile sur présentation de la facture acquittée portant mention d'un praticien inscrit dans une association professionnelle reconnue.

OPTION JEUNES

Dispositif prestataire s'inscrivant dans le respect du parcours de soins % exprimés sur la base des remboursements du régime local (départements 57, 67 et 68) de la Sécurité sociale	Remboursements Sécurité sociale	Prestations Mocen Complément mutuelle sur la base du tarif de convention
		Option Jeunes - de 30 ans
MALADIE		
HONORAIRES MEDICAUX		
Conventionnés	90 %	10 %
Non conventionnés	90 %	10 %
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Soins infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.	90 %	10 %
FRAIS ANNEXES		
Transport	90 %	10 %
Indemnité de déplacement, majoration nuit et dimanche	90 %	10 %
PHARMACIE		
	90, 80 ou 15 %	10, 20 ou 85 %
ELECTRO-RADIOLOGIE (imagerie médicale ADI)	90 %	10 %
ANALYSES LABORATOIRES	90 %	10 %
CHIRURGIE : actes techniques médicaux - actes de chirurgie	90 %	10 %
OSTEOPATHIE sur présentation de la facture acquittée portant la mention d'un praticien inscrit dans une association professionnelle reconnue	-	20 € / année civile
HOSPITALISATION		
FRAIS DE SEJOUR : médecine, chirurgie, psychiatrie, maison de repos	90 %	10 %
FRAIS DE MATERNITE		
Forfait naissance - adoption (versement conditionné à l'adhésion mutualiste de l'enfant qui doit être inscrit le 1 ^{er} jour du mois de sa naissance ou son adoption au plus tard)	-	300 €
DENTAIRE		
SOINS		
	90 %	10 %
PROTHESES (sur présentation des justificatifs)		
Acceptées par la Sécurité sociale	90 %	10 %
IMPLANT DENTAIRE non pris en charge par la Sécurité sociale (sur présentation de la facture)	-	Forfait de 100 € / année civile
ORTHODONTIE (sur présentation de la facture)		
Acceptée par la Sécurité sociale	100 %	-
OPTIQUE		
LUNETTES (VERRES ET MONTURE)		
Acceptées par la Sécurité sociale, dans la limite d'un forfait par année civile	90 %	10 % + Forfait 70 €
LENTILLES OU VERRES DE CONTACT		
Accepté(e)s par la Sécurité sociale, dans la limite d'un forfait par année civile	90 %	10 % + Forfait 70 €
CHIRURGIE RÉFRACTIVE		
Refusée par la sécurité sociale, dans la limite d'un forfait par œil et par année civile	-	Forfait 70 €
PREVENTION		
DENTAIRE		
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures	90 %	10 %
Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival	90 %	10 %
BILAN DU LANGAGE oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit	90 %	10 %
DEPISTAGE DE L'HEPATITE B	90 %	10 %
DEPISTAGE DES TROUBLES DE L'AUDITION		
Audiométrie tonale ou vocale	90 %	10 %
Audiométrie tonale avec tympanométrie	90 %	10 %
Audiométrie vocale dans le bruit	90 %	10 %
Audiométrie tonale et vocale	90 %	10 %
Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie	90 %	10 %
VACCINS		
Diptérie, tétanos et poliomyélite	90 %	10 %
Coqueluche	90 %	10 %
Hépatite B	90 %	10 %
BCG	90 %	10 %
Rubéole	90 %	10 %
Haemophilus influenza B	90 %	10 %
Infections invasives à pneumocoques	90 %	10 %
Anti grippal (vaccin et acte médical)	-	100 %
OSTEODENSITOMETRIE acceptée par la Sécurité sociale		
Forfait par examen, incluant le ticket modérateur.		
Sur présentation de la facture acquittée.	90 %	10 %
FORFAIT ANTI-TABAC (1)	50 €/année civile	50 €
FORFAIT ANNUEL CONTRACEPTION (2)	-	15 €
HYGIENE ALIMENTAIRE consultation non prise en charge par la Sécurité sociale		
Forfait par année civile, sur présentation de la facture acquittée d'un diététicien (3)	-	25 €
HYGIENE ALIMENTAIRE consultation non prise en charge par la sécurité sociale		
Forfait supplémentaire par année civile pour les adhérents de moins de 20 ans, sur présentation de la facture acquittée d'un diététicien (3)	-	25 €

(1) remboursement par année civile, sur présentation de la prescription médicale d'un substitut nicotinique et de la facture acquittée.

(2) remboursement par année civile dans la limite des dépenses engagées. En cas de non intervention de la Sécurité sociale, production de la prescription médicale d'un substitut nicotinique et de la facture acquittée.

(3) forfait par année civile sur présentation de la facture acquittée portant mention d'un praticien inscrit dans une association professionnelle reconnue.

ANNEXE 3 :

PRINCIPAUX ACTES	JUSTIFICATIFS À PRODUIRE (Originaux) - Les décomptes des adhérents relevant du régime général et du régime local de la Sécurité sociale sont télétransmis directement à la Mutuelle. - Les adhérents ne relevant pas de ces deux régimes d'assurance maladie doivent continuer à adresser leurs décomptes à la Mutuelle.	OBSERVATIONS
FRANCHISE DE 18 €	Facture acquittée	
HONORAIRES MÉDICAUX PHARMACIE Produits à 15 %, à 35 % et à 65 % SOINS DENTAIRES LABORATOIRE RADIOLOGIE	Décompte Sécurité sociale	
OSTEOPATHIE	Facture acquittée portant la mention d'un praticien inscrit dans une association professionnelle reconnue.	Un forfait par année civile pour les options Alpha-santé, 1, 2 et 3. Dans la limite de 4 séances pour l'option 4.
PROTHÈSES DENTAIRES 1- Acceptées par la Sécurité sociale 2- Refusées par la Sécurité sociale 3- Implant dentaire	1- Décompte Sécurité sociale + facture codifiée et acquittée 2- Devis détaillé et facture codifiée et acquittée du praticien 3- Facture acquittée	2- L'assurance maladie ne délivre plus de notification de refus aussi les justificatifs demandés sont indispensables. 3- Un forfait par année civile.
ORTHODONTIE 1 - Acceptée par la Sécurité sociale 2 -Refusée par la Sécurité sociale	1- Décompte Sécurité sociale + facture acquittée 2- Notification refus Sécurité sociale + facture acquittée	
HOSPITALISATION 1- Forfait journalier (par jour) 2- Chambre particulière (par jour) 3- Personnes accompagnantes (par nuitée) 4- Allocation pour frais supplémentaires (par jour) 5- Frais de maternité	1- Facture acquittée 2- Facture détaillée acquittée 3- Facture acquittée 4- Bulletin de situation délivré par l'établissement 5- Acte de naissance ou justificatif d'adoption + carte mutualiste et demande d'adhésion	1- Jusqu'à 30 jours par année civile pour l'option Jeunes Jusqu'à 40 jours par année civile pour l'option Alpha-santé Jusqu'à 60 jours par année civile pour l'option 1 Jusqu'à 70 jours par année civile pour l'option 2 Jusqu'à 90 jours par année civile pour l'option 3 Jusqu'à 100 jours par année civile pour l'option 4 2- Participation supérieure selon les conventions signées 3- 30 nuitées maximum par année civile sous réserve que la personne hospitalisée soit adhérente à la Mocen 4- Séjours supérieurs à 3 jours dans la limite de 90 jours par année civile pour les options 3 et 4 5- Si inscription de l'enfant en tant que bénéficiaire mutualiste à la date de naissance ou d'adoption. La radiation de celui-ci est non recevable pendant le délai de 1 an
OPTIQUE 1- Lunettes (verres et monture) acceptées par la Sécurité sociale 2- Lentilles ou verres de contact accepté(e)s par la Sécurité sociale 3- Lentilles ou verres de contact refusé(e)s par la Sécurité sociale 4- Chirurgie réfractive refusée par la S.S.	1- Décompte Sécurité sociale + facture acquittée 2- Décompte Sécurité sociale + facture acquittée 3- Facture acquittée 4- Facture acquittée	1- Un forfait par année civile 2- Un forfait par année civile 3- Un forfait par année civile 4- Forfait par œil et par année civile
PROTHÈSES AUDITIVES 1- Acceptées par la Sécurité sociale 2- Refusées par la Sécurité sociale 3- Frais annexes (piles, réparation...) acceptés par la S.S.	1- Décompte Sécurité sociale + facture acquittée 2- Notification refus Sécurité sociale + facture acquittée 3- Factures acquittées	1- Un forfait par année civile et par prothèse
APPAREILLAGE	Décompte Sécurité sociale + facture acquittée	Jusqu'à 228,67 € / année civile hors ticket modérateur pour les options 2 et 3 et jusqu'à 300 € / année civile hors ticket modérateur pour l'option 4.
CURES THERMALES 1- Surveillance médicale 2- Frais de traitement et transport 3- Forfait hébergement	1- Décompte Sécurité sociale 2- Décompte Sécurité sociale 3- Facture acquittée + notification en cas de refus de la Sécurité sociale + contrat de location chez un privé	
PRÉVENTION 1- Dentaire 2- Bilan du langage 3- Dépistage de l'hépatite B 4- Dépistage des troubles de l'audition 5- Vaccins 6- Vaccin anti-grippal refusé. par la S.S. 7- Autres vaccins refusés par la S.S. 8- Ostéodensitométrie 9- Forfait Anti-tabac 10- Forfait annuel contraception 11- Hygiène alimentaire consultation non prise en charge par la S.S.	1- Décompte Sécurité sociale 2- Décompte Sécurité sociale 3- Décompte Sécurité sociale 4- Décompte Sécurité sociale 5- Décompte Sécurité sociale 6- Feuille de soins portant codification de l'acte + vignette du produit 7- Feuille de soins portant codification de l'acte + vignette du produit 8- Facture acquittée 9- Prescription médicale d'un substitut nicotinique + facture acquittée 10- Prescription médicale d'une pilule contraceptive non remboursée par la Sécurité sociale + facture acquittée 11- Facture acquittée portant mention d'un diététicien inscrit dans une association professionnelle reconnue	7- Option 4 8- Pour les adhérents de plus de 40 ans dans le cadre des options Alpha-santé, 1,2,3 et 4 9- Un forfait/année civile 10- Option Jeunes 11- Un forfait par année civile + un forfait sup. pour les adhérents de moins de 20 ans
TIERS PAYANT	Lorsque le professionnel de santé pratique le tiers payant mais uniquement sur la partie Sécurité sociale, il est impératif d'adresser à la mutuelle le justificatif du reste à charge payé par l'adhérent.	

ANNEXE 4 : LE PRÊT SOCIAL

Il est mis en place avec la collaboration de la CASDEN Banque Populaire des prêts à caractère social permettant de répondre efficacement aux adhérents confrontés à des problèmes sociaux graves, importants, exceptionnels, ne relevant pas des interventions mutualistes statutaires.

Il appartient à la structure locale Mocen d'instruire le dossier selon les modalités définies par le conseil d'administration. Elle lui transmet son avis pour décision.

Un prêt social ne peut être instruit par un responsable d'une structure locale Mocen pour lui-même, un membre de son équipe ou des membres de leur famille. Dans ces situations, la demande doit être adressée au conseil d'administration.

La Mocen se porte caution. Cela signifie qu'en cas de défaillance de l'emprunteur, la Mocen devra régler les échéances dues.

Le taux d'intérêt, fixé par le conseil d'administration, est unique et réduit par rapport au taux bancaire, la trésorerie de la Mocen en supportant la différence.

ANNEXE 5 : PARTENARIATS EN FAVEUR DES ADHÉRENTS HANDICAPES

Pour les handicapés dont le taux d'invalidité est **égal ou supérieur à 80 %** et sur présentation de la carte d'invalidité ou de la notification 14.2 de la COTOREP, la Mocen verse des prestations spécifiques :

- Dans le cadre de la rente survie et pour un enfant handicapé inscrit comme bénéficiaire mutualiste : partenariat APAJH (185, bureaux de la colline 92213 Saint Cloud Cedex). Prise en charge de la cotisation afférente au contrat souscrit pour une rente survie jusqu'à concurrence de 15 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.
- Dans le cadre des vacances : partenariat avec l'ANCV (36, boulevard Henri Bergson 95201 SARCELLES Cedex). Attribution de 40 € en chèques-vacances par année civile.
- Dans le cadre d'une assurance sports : partenariat avec la MAE (9, rue d'Argenson - 75008 PARIS). Prise en charge de la cotisation afférente à un contrat souscrit à la MAE.

