

# SORUAL

7 place des Halles  
67000 STRASBOURG  
Mutuelle régie par le code de la Mutualité, n°RNM 778 847 301



## Statuts 2008

### SOMMAIRE

#### TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

|  |                  |
|--|------------------|
| Chapitre I <sup>er</sup> - Formation et objet de la mutuelle                   | Articles 1 à 6   |
| Chapitre II - Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion |                  |
| Section 1 - Adhésion   | Articles 7 à 10  |
| Section 2 - Démission, radiation, exclusion                                    | Articles 11 à 14 |

#### TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

|   |                  |
|---|------------------|
| Chapitre I <sup>er</sup> - Assemblée Générale   |                  |
| Section 1 - Composition, élection   | Articles 15 à 17 |
| Section 2 - Réunions de l'Assemblée Générale  | Articles 18 à 25 |
| Chapitre II - Conseil d'Administration  |                  |
| Section 1 - Composition, élection   | Articles 26 à 31 |
| Section 2 - Réunions du Conseil d'Administration                                      | Articles 32 à 33 |
| Section 3 - Attributions du Conseil d'Administration                                  | Articles 34 à 37 |
| Section 4 - Statut des administrateurs  | Articles 38 à 45 |
| Chapitre III - Président et bureau  |                  |
| Section 1 - Election et missions du président   | Articles 46 à 48 |
| Section 2 - Election, composition du bureau   | Articles 49 à 56 |
| Chapitre IV - Organisation financière   |                  |
| Section 1 - Produits et charges   | Articles 57 à 60 |
| Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds, règles de sécurité financière | Articles 61 à 62 |
| Section 3 - Commission de contrôle statutaire   | Article 63       |
| Section 4 - Fonds d'établissement   | Article 64       |
|   | Article 65       |
| <u>TITRE III - INFORMATION DES ADHERENTS</u>  |                  |
| <u>TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES</u>   | Articles 66 à 67 |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>TITRE I<sup>er</sup></b>   | <b>Article 3</b>  |  | <b>Article 5</b>  |
| <b>FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE</b>   | <b>OBJET DE LA MUTUELLE</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>- à recourir à l'intermédiation</li><li>- à exercer une activité d'intermédiation.</li></ul>   | <b>RESPECT DE L'OBJET DES MUTUELLES</b>   |
| <b>CHAPITRE I<sup>er</sup></b>  | <p>La mutuelle a pour objet de mener, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres et dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.</p>   | <p>La mutuelle peut également souscrire des contrats collectifs au profit de ses membres et de leurs ayants droit en vue de leur offrir des prestations d'assurance qu'elle ne propose pas elle-même.</p>  | <p>Les organes de la mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L111-1 du code de la Mutualité.</p>   |
| <b>FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE</b>  | <p>Elle se propose à cet effet de fournir à ses membres des prestations d'assurance relevant des branches d'activité suivantes :</p>  | <p>Elle peut faire bénéficier ses membres d'autres prestations en concluant à cet effet des conventions avec d'autres mutuelles ou unions, en adhérant à des unions et par son adhésion à la Fédération Nationale de la Mutualité Française ou à des unions de son groupe.</p>   | <b>Article 6</b>  |
| <b>Article 1<sup>er</sup></b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Branche 1 : accidents</li><li>- Branche 2 : maladie</li></ul>   | <b>Article 4</b>   | <b>INFORMATIQUE ET LIBERTÉS</b>   |
| <b>DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE</b>  | <p>Elle a vocation :</p>  | <b>RÈGLEMENT MUTUALISTE</b>  | <p>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 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.</p> |
| <p>Il est constitué une mutuelle dénommée SORUAL - Solidarité Rurale et Urbaine d'Alsace - 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 du code de la Mutualité et inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n°778 847 301.</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>- à participer à la protection complémentaire instaurée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.</li><li>- à gérer des activités sociales à titre accessoire, dans les conditions prévues à l'article L111-1 III du code de la Mutualité.</li><li>- à céder en réassurance les engagements relevant des branches 1 et 2.</li><li>- à se substituer à d'autres mutuelles pour des engagements relevant des branches 1 et 2.</li><li>- à céder en coassurance les engagements relevant des branches 1 et 2.</li></ul> | <p>En application de l'article L114-1 du code de la Mutualité, des règlements mutualistes adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définissent le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.</p> <p>Ces règlements sont établis dans les conditions prévues par la loi.</p> | <p>Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information 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.</p>           |
| <b>Article 2</b>  |   |  |   |
| <b>SIÈGE DE LA MUTUELLE</b>   |   |  |   |
| <p>Le siège de la mutuelle est situé au 7 place des Halles à 67000 STRASBOURG.</p>  |   |  |   |

## 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, le cas échéant, de membres honoraires.

Les membres participants sont des personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

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

Peut adhérer à la mutuelle en qualité de membre participant, toute personne physique majeure.

Peut adhérer à la mutuelle en qualité de membre honoraire, toute personne physique majeure ou toute personne morale souscrivant un contrat collectif.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont le conjoint, concubin ou pacsé, les enfants ayants droit au sens de la Sécurité Sociale ou à charge fiscalement, éventuellement les ascendants et descendants vivant sous le même toit.

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.

#### Article 8

##### ADHÉSION INDIVIDUELLE

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 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 9

##### DROIT D'ADHÉSION

Les membres participants dont l'adhésion est faite à titre individuel ont un droit d'adhésion de 8 €.

#### Article 10

##### ADHÉSION DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS

###### 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 et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice 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 11

##### DÉMISSION

La démission est donnée par écrit par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile. Pour les membres participants adhérent à la mutuelle à titre individuel, elle peut également être donnée dans un délai de trois mois suivant la réalisation de l'un des événements définis par l'article L221-17 du code de la Mutualité et dans les conditions précisées par cet article et le règlement mutualiste.

#### Article 12

##### RADIATION

Sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leurs cotisations ou fractions de cotisations à leur date d'échéance et après l'envoi d'une mise en demeure, dans les conditions et délais définis par les articles L221-7, L221-8 et L223-19 du code de la Mutualité et précisés dans le règlement mutualiste.

Peuvent également être radiés les membres participants :

- qui ne remplissent plus les conditions d'adhésion définies à l'article 7 ci-dessus ou qui ont changé de domicile, de profession, de situation ou de régime matrimonial, ou encore qui ont pris leur retraite ou cessé leurs activités professionnelles ;
- à la condition supplémentaire que la garantie des risques proposés par la mutuelle soit en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

Les membres honoraires peuvent être radiés dès lors qu'ils n'ont pas acquitté leur cotisation dans un délai de trois mois suivant l'échéance.

La radiation est, dans tous les cas, prononcée par le Conseil d'Administration.

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

#### Article 13

##### EXCLUSION

Peuvent être exclus les membres participants qui, de mauvaise foi, ont fait des déclarations inexactes ou ont omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la mutuelle, selon les modalités prévues par les articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.

De même, peuvent être exclus les membres honoraires qui portent 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 14

##### CONSÉQUENCES DE LA DÉMISSION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sous réserve des dispositions des articles L221-17 et L223-19 du code de la Mutualité.

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

## TITRE II

### ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

#### CHAPITRE I<sup>er</sup>

##### ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

#### Section 1 Composition, élection

#### Article 15

##### SECTION DE VOTE

Tous les membres de la mutuelle sont répartis en sections de vote.

L'étendue et la composition des sections sont fixées par le Conseil d'Administration.

#### Article 15-1

##### COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale est composée des délégués des sections de vote.

#### Article 15-2

##### ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

Les membres de chaque section élisent parmi eux les délégués à l'Assemblée Générale de la mutuelle. Les délégués sont élus pour six ans.

Les élections des délégués ont lieu à bulletins secrets au scrutin uninominal majoritaire à un tour. En cas d'égalité des voix, le délégué le plus jeune est élu.

Il est procédé à l'élection des délégués en Assemblée Générale de section et par correspondance pour les membres empêchés.

Les candidats non élus ayant obtenu dans la section le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

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

#### Article 15-3

##### 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 venant à l'ordre de suppléance défini à l'avant dernier alinéa de l'article précédent.

#### Article 15-4

##### ABSENCE D'UN DÉLÉGUÉ SUPPLÉANT

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

#### Article 15-5

##### NOMBRE DE DÉLÉGUÉS

Chaque section élit un délégué. Ce délégué dispose dans les votes à l'Assemblée Générale d'un nombre de voix égal au nombre de membres de la section.

#### Article 16

##### EMPÊCHEMENT

Le délégué titulaire empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut se faire représenter par un autre délégué sans que le nombre de pouvoirs donnés à un délégué ne puisse excéder deux.

#### Article 17

##### 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 Réunions de l'Assemblée Générale

#### Article 18

##### CONVOCAISON ANNUELLE OBLIGATOIRE

Le président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale au lieu fixé par le Conseil d'Administration. Il la réunit au moins une fois par an.

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

Une feuille de présence est tenue à chaque assemblée.

Les statuts de la mutuelle fixent les règles de convocation de l'Assemblée Générale.

#### Article 19

##### AUTRES CONVOICATIONS

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le Conseil,
2. les commissaires aux comptes,
3. la commission de contrôle mentionnée à l'article L510-1 du code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant,
4. un administrateur provisoire nommé par la commission de contrôle mentionnée à l'article L510-1 du code de la Mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
5. les liquidateurs.

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

#### Article 20

##### MODALITÉS DE CONVOCAISON DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

La convocation indique la dénomination sociale de la mutuelle, éventuellement suivie de son sigle, l'adresse du siège social, les jour, heure et lieu de la tenue de l'Assemblée Générale, son ordre du jour ainsi que les règles de quorum et de majorité applicables aux délibérations correspondantes.

Sous réserve des questions diverses qui ne doivent présenter qu'une importance mineure, les questions inscrites à l'ordre du jour sont libellées de telle sorte que leur contenu et leur portée apparaissent clairement, sans qu'il y ait lieu de se reporter à d'autres documents.

Une formule de vote par procuration est jointe à la convocation à l'Assemblée Générale. Cette formule est accompagnée du texte des résolutions proposées et de l'exposé des motifs.

Les membres de l'Assemblée Générale qui votent par procuration doivent signer la procuration et

indiquer leur nom, prénom usuel et domicile ainsi que les noms, prénom usuel et domicile de leur mandataire. Ils doivent adresser leur procuration à leur mandataire. Le ou la mandataire doit être membre de l'Assemblée Générale.

Le mandat est donné pour une seule assemblée, sauf dans les deux cas suivants :

- Un mandat peut être donné pour deux assemblées tenues le même jour ou dans un délai d'un mois lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées au I de l'article L114-12 du code de la Mutualité et l'autre pour exercer les attributions visées au II du même article ;
- Un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Le délai entre la date de convocation à l'Assemblée Générale et la date de tenue de celle-ci est de quinze jours sur première convocation et de six jours sur deuxième convocation. En cas d'ajournement par décision de justice, cette décision peut fixer un délai différent.

Lorsque l'Assemblée Générale n'a pu délibérer régulièrement, faute de quorum requis, la deuxième assemblée est convoquée dans les formes prévues au début du présent article et la convocation rappelle la date de la première.

#### Article 12

#### ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation.

Les délégués composant l'Assemblée Générale peuvent, dans une proportion de  $\frac{1}{3}$  des délégués, requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution.

Les demandes d'inscription à l'ordre du jour d'une Assemblée Générale de projets de résolution doivent être adressées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au président du Conseil d'Administration de la mutuelle cinq jours au moins avant la date de réunion de l'Assemblée Générale. Ces projets de résolution sont inscrits à l'ordre du jour et soumis au vote de l'assemblée.

L'Assemblée Générale 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 22

#### COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

I - 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 L114-1, 5ème 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 L114-44 et L114-45 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 L114-34 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 L114-39 du même Code,
14. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

#### Article 23

#### MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

I - Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptés.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 25 des présents statuts, les prestations offertes, le transfert de 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 ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés s'élève au moins au quart du total des délégués.

Les 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 ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents.

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

#### Article 24

#### FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au code de la Mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues aux règlements mutualistes.

#### Article 25

#### 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.

## CHAPITRE II

### CONSEIL D'ADMINISTRATION

#### Section 1 Composition, élections

#### Article 26

#### COMPOSITION

La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de 11 à 13 administrateurs. L'Assemblée Générale fixe le nombre d'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 dirigeant ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe ou sens de l'article L212-7 du code de la Mutualité.

#### Article 27

#### 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 L114-21 du code de la Mutualité.

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.

Les candidatures seront adressées au Président du Conseil d'Administration avant le 30 avril qui en accuse réception. Les candidatures reçues seront ensuite examinées par la prochaine Assemblée Générale.

#### Article 28

#### 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 bulletin secret par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale au scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

#### Article 29

#### DURÉE DU MANDAT

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

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 27,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L114-23 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 l'un des faits visés à l'article L114-21 du code de la Mutualité.

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

#### Article 30

#### RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les deux ans.

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

#### Article 31

#### VACANCE

En cas de vacance en cours de mandat, 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 32

#### RÉUNIONS

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

Le président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration cinq jours francs ou 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 participent de droit aux réunions du Conseil d'Administration.

Un représentant du personnel de la mutuelle assiste avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration.

#### Article 33

#### 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 (du ou des dirigeants salariés) et des autres membres du bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

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

### Section 3

Attributions du Conseil d'Administration

#### Article 34

##### 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 35

##### 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.

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

Sans préjudice de ce qui est dit à l'article 48, 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.

#### Article 36

##### NOMINATION D'UN DIRIGEANT SALARIÉ

Le Conseil d'Administration nomme les dirigeants salariés et détermine leurs attributions. Il en fait la déclaration auprès du Registre National des Mutuelles. Il fixe leur rémunération. Le Conseil d'Administration peut les révoquer à tout moment.

Les dirigeants salariés assistent à chaque réunion du Conseil d'Administration et à l'invitation du président aux réunions du bureau.

#### Article 37

##### DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS (DIRIGEANT SALARIÉ)

Les dirigeants salariés 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 38

##### 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 L114-26 à L114-28 du code de la Mutualité.

#### Article 39

##### 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 L114-26 du code de la Mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

#### Article 40

##### SITUATION ET COMPORTEMENTS INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS (ET AUX DIRIGEANTS SALARIÉS)

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 L114-26 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 salariés) de passer des conventions avec la mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 42, 43 et 44 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 41

##### OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS (ET DES DIRIGEANTS SALARIÉS)

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

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

Les dirigeants salariés 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 salariés) 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 L114-21 du code de la Mutualité.

#### Article 42

##### CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES SOUMISES A AUTORISATION PRÉALABLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sous réserve des dispositions de l'article 43 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs (ou l'un de ses dirigeants salariés), 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 salarié) 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 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 salarié) et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L212-7 du code de la Mutualité.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L114-35 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 43

##### 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 salariés), telles que définies par un décret pris en application de l'article L114-33 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 L114-33 du code de la Mutualité.

#### Article 44

##### CONVENTIONS INTERDITES

Il est interdit aux administrateurs (et aux dirigeants salariés) de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la mutuelle 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 (ou de dirigeant salarié), 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. Cette interdiction ne s'applique pas aux dirigeants salariés lorsque ceux-ci sont susceptibles d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la mutuelle. Dans tous les cas, le Conseil d'Administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs (et des dirigeants salariés).

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

#### Article 45

##### 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 46

##### ÉLECTION ET RÉVOCATION

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

#### Article 47

##### VACANCE

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

#### Article 48

##### 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 L510-8 et L510-10 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 aux commissaires 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 49

##### ÉLECTION

Les membres du bureau, autres que le président du Conseil d'Administration, sont élus à bulletin secret pour 2 ans par le Conseil d'Administration en son sein ou cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

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 50

##### COMPOSITION

Le bureau est composé de la façon suivante :

- le président du Conseil d'Administration,
- un ou plusieurs vice-présidents,
- un secrétaire (éventuellement un secrétaire adjoint)
- un trésorier (éventuellement un trésorier adjoint)

#### Article 51

#### RÉUNIONS ET DÉLIBÉRATIONS

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

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

Le président peut inviter des personnes extérieures au bureau (dont les dirigeants salariés) à assister aux réunions du bureau qui délibère alors sur cette présence.

Le bureau ne délibère valablement que si la moitié ou moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

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

#### Article 52

#### LES VICE-PRESIDENTS

Le Conseil d'Administration de la mutuelle élit deux vice-présidents.

Le premier vice-président - et le cas échéant, le second vice-président - seconde le président qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

#### Article 53

#### LE SECRÉTAIRE

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

#### Article 54

#### LE SECRÉTAIRE ADJOINT

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

#### Article 55

#### 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 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) de l'article L114-9 du code de la Mutualité,
- les éléments visés aux paragraphes a) c) d) et f) ainsi qu'aux deux derniers alinéas de l'article L114-17 du code de la Mutualité.
- un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Sans préjudice de ce qui est dit à l'article 37, le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnement, notamment le chef du service comptable, l'exécution de certaines tâches qui lui

incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

#### Article 56

#### 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 57

#### PRODUITS

Les produits de la mutuelle comprennent :

1. le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale,
2. les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
3. les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
4. les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
5. plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

#### Article 58

#### CHARGES

Les charges comprennent :

1. les diverses prestations servies aux membres participants,
2. les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
3. les versements faits aux unions et fédérations,
4. la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
5. les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds,
6. les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L111-5 du Code,
7. la redevance prévue à l'article L951-1, 2° du Code de la sécurité sociale et affectée aux ressources de la CCMIP pour l'exercice de ses missions,
8. plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

#### Article 59

#### 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 60

#### APPORTS ET TRANSFERTS FINANCIERS

En cas de création de mutuelles définies à l'article L111-3 ou d'unions définies à l'article L111-4 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 61

#### MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS, REGLES DE SECURITE FINANCIERE

Les placements et retraits des fonds se font dans les conditions et formes prévues par les dispositions légales.

#### Article 62

#### SFG

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

#### Section 3

Commission de contrôle statutaire

#### Article 63

#### COMMISSAIRES AUX COMPTES

En vertu de l'article L114-38 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 L225-219 du Code de commerce.

Le président convoque le commissaire aux comptes titulaire ou le cas échéant son suppléant, à toute Assemblée Générale.

Le commissaire aux comptes certifie les comptes, mais également :

- 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 L114-32 du code de la Mutualité,
- établit et présente à l'Assemblée Générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L114-34 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 mentionné à l'article L510-6 du code de la Mutualité dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du Conseil d'Administration et de la commission de contrôle 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.

#### Section 4

Fonds d'établissement

#### Article 64

#### MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 228.674 €.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 23 I des statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

#### TITRE III

#### INFORMATION DES ADHÉRENTS

#### Article 65

#### 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.

L'information des membres participants est effectuée dans les conditions prévues par la législation en vigueur.

#### TITRE V

#### DISPOSITIONS DIVERSES

#### Article 66

#### 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 23 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 23 I des présents statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L421-1 du code de la Mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L431-1 du code de la Mutualité.

#### Article 67

#### INTERPRÉTATION

Les statuts, le règlement mutualiste et le bulletin d'adhésion sont applicables par ordre de priorité décroissante.

## REGLEMENT MUTUALISTE – 1<sup>ER</sup> JANVIER 2008

### CONTRATS INDIVIDUELS D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE coassurés par GROUPE FRANCE MUTUELLE et SORUAL

#### "SYSTEME MODULAIRE OPTIONNEL" "RECTO-VERSO"

#### PREAMBULE

La **SORUAL (Solidarité Rurale et Urbaine d'Alsace)** est établie 7, place des Halles à Strasbourg (67000). Elle est régie par le code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II dudit code. Conformément à l'article R.414-8 du code de la Mutualité, elle est inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 778 847 301.

**GFM (GROUPE FRANCE MUTUELLE)** est établie 56, rue de Monceau à Paris (75008). Il s'agit d'une mutuelle régie par le code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II dudit code. Conformément à l'article R.414-8 du code de la Mutualité, elle est inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 784 492 084.

**Ces deux organismes mutualistes agissent en vertu d'une convention de coassurance et assurent conjointement l'ensemble des risques garantis dans le présent règlement mutualiste.**

Les engagements issus du présent règlement mutualiste sont coassurés par SORUAL et GROUPE FRANCE MUTUELLE. La répartition des risques se réalise à hauteur de 50% pour chaque coassureur à l'exception toutefois de la prestation "Allocation obsèques" qui est assurée intégralement par GROUPE FRANCE MUTUELLE. L'assistance est assurée par Fidélia assistance. Les deux coassureurs sont solidaires pour l'intégralité des engagements pris à l'égard des membres participants (ou de leurs ayants droit).

**SORUAL est désignée mutuelle apéritrice et à ce titre a en charge la bonne exécution et la gestion des garanties du présent règlement mutualiste.**

**SORUAL est l'interlocuteur unique des membres participants (et de leurs ayants droit).**

#### Chapitre I - Adhésion

##### Article 1 : Objet

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste pour les contrats *Système Modulaire Optionnel* et *Recto-verso* coassurés par SORUAL et GROUPE FRANCE MUTUELLE. Ce règlement définit les engagements contractuels existant entre chaque membre participant et les mutuelles coassureurs en ce qui concerne les prestations et les cotisations, et résultant d'une adhésion individuelle.

Celui-ci s'applique à l'ensemble des bénéficiaires de l'adhésion, c'est-à-dire tant au membre participant qu'à ses ayants droit, cotisants ou non.

Le présent règlement peut être modifié dans les conditions prévues par les statuts et en conformité avec la convention de coassurance conclue entre les mutuelles.

##### Article 2 : Définition des opérations individuelles

Est qualifiée d'opération individuelle l'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à la mutuelle. A la date de son adhésion, la personne acquiert la qualité de membre participant si elle bénéficie des garanties du règlement mutualiste.

##### Article 3 : Catégories de membres

- L'adhésion à la mutuelle en tant que membre participant, bénéficiant de ses prestations et y ouvrant droit, est acquise à toute personne qui, en France, relève d'un régime obligatoire de Sécurité Sociale en son nom propre, quelle que soit son activité professionnelle, la région où elle réside ou encore le type de régime obligatoire dont elle relève, et souscrivant un ou plusieurs contrats de la mutuelle.
- A leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants des mutuelles sans intervention de leur représentant légal.
- Le Conseil d'Administration de la mutuelle peut admettre comme membres honoraires, des personnes physiques qui versent des cotisations, des dons ou qui ont rendu des services équivalents à la mutuelle, sans contre partie de prestations.

##### Article 4 : Ayants-droit

- Est considérée comme ayant droit, toute personne rattachée à un membre participant à l'un quelconque des titres suivants :
  - conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, même séparé,
  - enfant pris en charge sous le numéro d'immatriculation de l'un ou l'autre des deux parents : soit le membre participant lui-même ou son conjoint concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, dès lors qu'il en est ayant droit ; ces enfants doivent être mineurs de moins de 16 ans ; cette limite d'âge peut être portée à 21 ans pour les apprentis ou à 29 ans pour les enfants justifiant d'une inscription dans un établissement scolaire ou universitaire.
- Sauf refus express de leur part, les ayants droit de plus de dix-huit ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle. La tranche d'âge qui leur est appliquée est celle correspondant à leur âge à la date du changement.

Constitue un foyer tel que visé par le présent règlement mutualiste, le membre participant ainsi que ses ayants-droit définis ci-dessus.

##### Article 5 : Devoir d'information

La mutuelle fournit au futur membre participant, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlements qui décrivent précisément les droits et obligations réciproques.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du présent règlement mutualiste. Toute modification des statuts et règlements est portée à la connaissance des membres participants.

##### Article 6 : Délai de réflexion

Les membres participants disposent d'un délai de réflexion entre la remise des documents et la signature du bulletin d'adhésion. En l'absence de décret d'application, le délai est fixé à 7 jours.

Pour les opérations individuelles réalisées dans le cadre de la vente à distance, le délai de renonciation est fixé à 14 jours à compter de la date de signature du contrat.

## Article 7 : Informations concernant le membre participant

- Le membre participant s'engage à informer la mutuelle :
  - de tout changement de domicile, de situation personnelle, de domiciliation bancaire, de régime de base, de cessation ou changement d'affiliation d'un ayant-droit ;
  - et plus généralement de tout événement ou situation pouvant avoir un effet sur les dispositions du contrat et leur application, dans un délai de 15 jours après l'événement et par lettre recommandée avec A.R. ou par déclaration dans les bureaux d'accueil de la mutuelle contre récépissé.
- Toute fausse déclaration de la part du membre participant peut entraîner la résiliation du contrat par la mutuelle dans les conditions prévues à l'article 26 du présent règlement.

## Article 8 : Prise d'effet des garanties et conditions générales d'adhésion

Le membre participant dispose du libre choix de son contrat d'adhésion parmi celles correspondant à son âge et son régime de base. La souscription d'un contrat *Recto-verso* n'est toutefois possible que jusqu'à 69 ans. Les contrats *Système Modulaire Optionnel* doivent comporter au minimum un module de prestations médicales (module 1,4 ou 7).

- L'adhésion à la mutuelle est effective à la date d'effet de la première souscription du membre participant à l'un des contrats de la mutuelle. Cette date d'effet est mentionnée sur la lettre de confirmation de l'adhésion. Elle est maintenue, tant que le membre participant s'acquiesce de ses cotisations, quel que soit le contrat souscrit. Il est rappelé qu'un contrat d'assurance est souscrit pour un risque éventuel à venir.
- La date d'effet d'un contrat souscrit auprès de la mutuelle correspond au premier jour du mois de souscription indiqué par le membre participant, sous réserve de la réception par nos services sous quinzaine du bulletin d'adhésion dûment rempli et signé, accompagné des pièces justificatives et, le cas échéant, de l'autorisation de prélèvement bancaire et du règlement de la 1<sup>ère</sup> fraction de cotisation. Les prestations sont délivrées en tenant compte des éventuels délais de stages. Le contrat est souscrit jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours.
- Le nouveau membre participant est exempté des délais de stage indiqués sur le tableau des prestations lorsqu'il produit, à l'appui de son bulletin d'adhésion, un certificat de radiation du précédent organisme mentionnant des niveaux de garanties au moins équivalents pour l'ensemble des bénéficiaires à ceux souscrits auprès de la mutuelle (frais d'hospitalisation, honoraires médicaux, optique, dentaire). Cette dispense, valable pour les risques précédemment couverts, qui permet d'assurer la continuité de la garantie, doit être réalisée au plus tard dans les 2 mois de la radiation du précédent organisme.

Bénéficiaire de la dispense des délais de stage :

- Les nouveaux mariés et les conjoints nouveaux mariés des membres participants, inscrits dans les 3 mois de leur mariage, acte faisant foi (date d'effet au jour du mariage).
- Les nouveau-nés inscrits dès leur naissance, sur demande écrite et formulée dans les 3 mois suivant celle-ci à la condition que les parents aient satisfait eux-mêmes aux délais de stage.
- Les enfants adoptés, dès leur arrivée dans le foyer du membre participant et l'ouverture de leurs droits auprès d'un régime de base réalisée, sur demande écrite et formulée dans les 3 mois suivant l'arrivée, à la condition que les parents aient satisfait eux-mêmes aux délais de stage.

Conformément à l'article 3, les mineurs de plus de 16 ans peuvent à leur demande être membres participants souscripteurs d'un contrat de la mutuelle. Dans ce cas, la tarification qui leur sera appliquée est celle de la tranche d'âge adulte des 18-25 ans.

Par exception au précédent paragraphe, sont considérés comme "enfants" et bénéficient de la tarification "enfant" tous les enfants de moins de 18 ans qui ne sont pas membres participants. En outre, les enfants jusqu'à l'âge

de 28 ans inclus pouvant justifier d'une inscription scolaire ou universitaire, bénéficient de la tarification "enfants". De même, les apprentis bénéficient de cette disposition jusqu'à 21 ans. Il convient d'en informer la mutuelle.

- Les membres participants peuvent à chaque échéance annuelle, soit le 1<sup>er</sup> janvier, demander par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au plus tard le 31 octobre, leur mutation dans un autre contrat. Cependant lorsqu'ils demandent une mutation vers un niveau de garanties à prestations supérieures, ils doivent accomplir les stages prévus au présent règlement mutualiste et conservent pendant ce temps le bénéfice du module antérieur. En outre, dans ce cas, ils ne pourront demander une nouvelle mutation vers une garantie à prestations inférieures qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois.
- Pour bénéficier de ses prestations, le nouveau membre doit remettre, à la mutuelle, au moment de son adhésion, un relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne.

## Pour les souscripteurs des garanties *Recto-verso* :

- Les membres d'un même foyer sont enregistrés sur le même dossier.
- Tout nouveau membre participant ayant souscrit un contrat *Recto-verso* doit attester qu'aucun membre de son foyer n'est déjà inscrit à la SORUAL ou à GROUPE FRANCE MUTUELLE.
- Au cas particulier de la garantie *Recto-verso*, aucune adhésion ne peut être enregistrée après l'âge de 70 ans.
- Tout membre participant ayant souscrit un contrat *Recto-verso* peut demander, mais uniquement à l'effet de l'expiration d'une période d'adhésion, c'est-à-dire au 31 décembre, sa prise en charge dans un autre niveau de garanties du contrat *Recto-verso*. Un tel changement de garantie ne fait pas obstacle au remboursement du solde positif du compte caution, mais ne pourra toutefois pas être accepté si le membre participant n'est pas à jour du paiement du montant de sa cotisation. Une telle demande de changement de garantie doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de chaque année.
- Tout membre participant ayant souscrit un contrat *Recto-verso* peut demander, une seule fois uniquement, et seulement pour la fin d'une période d'adhésion, soit au 31 décembre, sa prise en charge dans une autre catégorie statutaire. Un tel changement de catégorie statutaire ne fait pas obstacle au remboursement du solde positif du compte caution mais ne pourra toutefois pas être accepté si le membre participant n'est pas à jour du paiement du montant de sa cotisation. Une telle demande de changement devra être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de l'année concernée.
- Après sa mutation dans une autre catégorie statutaire, le membre participant conserve la faculté de souscrire à nouveau le contrat *Recto-verso*, où il sera admis sans stage si le niveau de garanties précédent est au moins équivalent à celui souscrit (prestations médicales et médico-chirurgicales). En un tel cas, toutefois, il ne lui sera plus possible ultérieurement de changer de catégorie statutaire.
- Dispositions relatives aux travailleurs non salariés : L'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI) est souscriptrice auprès de la SORUAL d'un contrat permettant aux membres participants de la mutuelle concernée par ces dispositions de bénéficier de leurs garanties dans le cadre de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite MADELIN.

## Article 9 : Garanties souscrites par la mutuelle pour tous ses membres

- Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du code de la Mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, ceux-ci sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la mutuelle.

## **Chapitre II - Cotisations**

### **Article 10 : Droit d'adhésion**

- Le droit d'adhésion est payé avec la première cotisation ou fraction de cotisation. Son montant est de 8 euros par membre participant, quel que soit le nombre d'ayants droit. Ce droit d'adhésion, versé lors de la constitution du dossier, reste acquis à la mutuelle.

### **Article 11 : Cotisations**

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par les mutuelles coassureurs.

La cotisation est individuelle, fixée forfaitairement et payable d'avance. Pour le paiement de la cotisation, le membre participant peut bénéficier sous conditions d'un paiement fractionné.

Le paiement de la cotisation peut se faire alors sur douze mois, sur quatre trimestres ou sur deux semestres. La première fraction est payée le jour de l'adhésion du membre participant, soit par chèque, soit en espèces ou tout autre moyen de paiement en vigueur.

Elle peut être réglée par chèque bancaire ou postal pour les périodicités annuelles, semestrielles, trimestrielles ou faire l'objet d'un prélèvement automatique directement sur le compte bancaire du membre participant et sans frais supplémentaires, le 5 du mois concerné, notamment en cas de fractionnement mensuel.

La cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la mutuelle.

A cette cotisation peuvent s'ajouter les cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques publics ou privés, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes et dont les montants sont repris en annexe 2.

Les membres participants à la garantie *Recto-verso* GROUPE FRANCE MUTUELLE/SORUAL s'engagent en outre au versement d'une caution remboursable, destinée à la couverture de la franchise instituée lors du versement des prestations.

Tous les membres participants reçoivent un appel de cotisation annuel par foyer qui mentionne les différentes échéances. La cotisation appelée est fixée par l'Assemblée Générale.

La qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la mutuelle. Le membre participant doit s'acquitter de la ou des cotisation(s) due(s) au titre de ses ayants droit. Les enfants de moins de 18 ans, à partir du troisième inclus, sont exonérés du paiement de la cotisation.

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

### **Article 12 : Modulations des cotisations**

- La mutuelle ne peut moduler le montant des cotisations qu'en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à la mutuelle, de l'âge à l'adhésion, du régime de Sécurité Sociale d'affiliation, du lieu de résidence, du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants
- La mutuelle ne peut en aucun cas fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

### **Article 13 : Tableau des montants ou taux des cotisations**

- Les barèmes détaillés des cotisations concernant les différents contrats sont fixés par les Assemblées Générales des mutuelles dans les conditions prévues par les statuts. Ils figurent en **annexe 2**.

### **Article 14 : Impôts - Taxes - Frais**

- En plus de sa cotisation, le membre participant s'acquitte des impôts, taxes, prélèvements divers dans les conditions prévues par les textes officiels et que la mutuelle serait chargée de recouvrer.
- Le cas échéant, certaines opérations de gestion peuvent faire l'objet de frais dus par les membres participants et en particulier :
  - les poursuites en cas de non-respect des Statuts ou Règlements
  - le recouvrement des cotisations non payées et/ou des prestations indues. Dans le cas où le débiteur fait l'objet d'un recouvrement par voie de contentieux, la somme due se verra majorée de 10% pour les créances de moins d'un an ou de 22% pour les créances de plus d'un an.

### **Article 15 : Principe de la garantie *Recto-verso***

#### **Généralités**

- Les remboursements de prestations prévues au contrat sont assortis d'une franchise annuelle globale.
- Les membres participants de la garantie *Recto-verso* s'acquittent, pour souscrire à l'une des garanties proposées :
  - - d'une cotisation restant définitivement acquise à la mutuelle,
  - à laquelle s'ajoute un versement porté sur le compte "caution" du membre participant. Ce versement est égal au montant de la franchise exprimée annuellement.
- Le versement au compte caution est intégralement reversé au membre participant soit au fur et à mesure du financement de ses premières dépenses de santé, soit en fin d'exercice pour son solde créditeur.
- Le paiement de la somme versée au compte "caution" bénéficie du même fractionnement (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel) que le paiement de la cotisation.
- Pour les membres d'un même foyer, enregistrés sur le même dossier, la cotisation et la caution sont calculées en fonction du nombre de bénéficiaires cotisants inscrits sur le dossier.

#### **Paiement de la cotisation et de la caution**

La cotisation et la caution sont fixées forfaitairement et payables d'avance. Pour le paiement de la cotisation et de la caution, le membre participant peut bénéficier sans frais supplémentaires d'un paiement fractionné.

Le paiement de la cotisation et de la caution peut se faire alors sur douze mois, sur quatre trimestres ou sur deux semestres, la première fraction devant être payée le jour de l'adhésion du membre participant, soit par chèque, soit en espèces. Les autres fractions seront prélevées directement sur le compte bancaire du membre participant, le 5 du mois.

La cotisation et la caution peuvent faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

### Chapitre III - Prestations

#### **Article 16 : Objet**

Les prestations mutualistes servies aux membres participants ou bénéficiaires sont les remboursements de frais fixés selon les garanties choisies par le membre participant dans le bulletin d'adhésion, en complément des prestations accordées par le régime d'assurance maladie obligatoire.

Les prestations garanties se cumulent avec celles des régimes d'assurance maladie obligatoire, mais viennent en complément de celles-ci, sans que le membre participant puisse recevoir une somme totale supérieure à 100% de ses débours. Tout membre participant bénéficiant de garanties souscrites en surcomplémentaire doit présenter à la mutuelle les feuilles de décomptes de prestations payées par la Caisse Maladie, ainsi que les décomptes de l'assureur complémentaire de premier niveau pour obtenir le remboursement de ses prestations. Celles-ci sont versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité Sociale et par l'assureur santé de premier niveau.

#### **Article 17 : Tableau des montants ou des taux de prestations**

- Les barèmes des prestations des différentes garanties sont fixés par les Assemblées Générales des mutuelles dans les conditions prévues par les statuts. Ils figurent en **Annexe 1**.

#### **Article 18 : Prestations accordées par la mutuelle**

Les prestations accordées par la mutuelle peuvent être notamment les suivantes :

- Prestations médicales : consultations, visites, pharmacie, analyses, auxiliaires médicaux,
- Prestations médico-chirurgicales : dentaire, optique, prothèses et appareillages, hospitalisation médicale, chirurgicale ou pour maternité, frais de transport, dépassements d'honoraires, frais non pris en charge par la SS
- Primes et participations : cure thermique, vaccin antigrippal et autres vaccins non remboursés par la SS, honoraires de hellpraktiker, assistance à domicile, participation aux frais d'obsèques, test de prévention du côlon, ostéopathie, chiropraxie, ostéodensitométrie.

Conformément à l'article L.224-8 du code de la Mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire. L'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment de la survenance du risque.

Les prestations accordées par la mutuelle sont versées exclusivement pour les événements survenus dans la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée. Les engagements de la mutuelle sur ces risques s'achèvent donc de fait chaque année au 31 décembre.

Les garanties souscrites, les risques couverts ainsi que les taux de prestations peuvent être modifiés ou supprimés par décision de l'Assemblée Générale. L'adhérent est informé chaque année des nouvelles conditions de prestations lors du renouvellement de sa souscription au contrat, au plus tard lors de l'envoi de l'appel de cotisations.

Les garanties proposées le sont dans le respect des dispositions de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie et de son décret d'application du 29 septembre 2005 précisant « le contenu des dispositifs d'Assurance Maladie complémentaires bénéficiant d'une aide » sous la forme d'une exonération de la taxe sur les conventions d'assurance frappant tous les contrats d'assurance santé.

Pour bénéficier de cette exonération, les contrats des mutuelles doivent satisfaire aux obligations suivantes :

- la non prise en charge par les garanties de la majoration du Ticket Modérateur

- la non prise en charge d'une franchise fixée par l'Assurance Maladie sur les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques des spécialistes à hauteur au moins du dépassement autorisé,
- la prise en charge d'au moins 30% du tarif opposable des consultations du médecin traitant,
- la prise en charge d'au moins 30% du tarif opposable des médicaments à vignette blanche prescrits par le médecin traitant,
- la prise en charge d'au moins 35% du tarif opposable des frais d'analyses ou de laboratoires,
- la prise en charge d'au moins deux prestations de prévention choisies parmi la liste établie après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Unocam.

Tous les contrats proposés par la mutuelle respectent cette obligation.

#### **Article 19 : Effet et modalités de fonctionnement des garanties**

##### Ouverture des droits aux prestations

Le droit aux prestations est acquis pour toute maladie dont le point de départ (date du premier jour fixé par le régime obligatoire) se situe, soit après la date d'effet de l'adhésion, soit après les délais de stage indiqués ci-dessous.

##### Délai de stage

- Le droit aux prestations, selon le contrat de garantie souscrit, prend effet dans un délai :

- de 3 mois pour les prestations médicales,
- de 6 mois pour les prestations médico-chirurgicales,
- de 12 mois pour la prévention, les autres primes et participations,
- de 6 mois pour les prestations en espèces assurées par la mutuelle

- Il peut être pratiqué une remise des stages totale ou partielle, sur présentation par le nouveau membre participant d'un certificat de radiation d'un précédent organisme ou encore pour les nouveau-nés inscrits dès leur naissance ou les nouveaux mariés dans les trois mois de leur mariage.

##### Forclusion

Les demandes de paiement des prestations, accompagnées des justifications nécessaires, doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 24 mois et le trimestre civil en cours à compter de la date de soins.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir au Président de la mutuelle dans le délai de six mois à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

##### Fonctionnement des garanties

- La mutuelle s'engage, sauf application du tiers payant telle que prévue à l'article 21 du présent règlement mutualiste, à rembourser aux membres participants :
  - dans la limite des pourcentages ou des montants fixés dans les tableaux de prestations selon le contrat choisi, la part de leurs frais non remboursés par le régime d'assurance maladie obligatoire,
  - dans la limite des pourcentages ou des montants fixés dans les tableaux de prestations selon le contrat choisi, les frais exclus des remboursements dudit régime.
- Pour les garanties qui le prévoient, les garanties supplémentaires sont allouées dans la limite de la dépense engagée sur production, selon le cas, des originaux, qui ne sont pas retournés par nos services, des factures, des feuilles de soins ou des prescriptions médicales qui doivent éventuellement accompagner le décompte original de la Caisse Maladie correspondant.
- Pour les opérations n'ayant pas fait l'objet d'échange de données informatisées, le membre participant doit remettre ou faire parvenir à la mutuelle, toutes les feuilles de décompte de prestations payées par l'assurance maladie obligatoire ou les reçus des tickets

modérateurs délivrés par les centres de soins, dispensaires, notes d'honoraires, ... sur lesquels il lui appartient de faire figurer son numéro de membre participant.

- Les diverses primes ou participations sont allouées sur présentation des originaux des pièces officielles justificatives, ces originaux n'étant pas retournés.
- Les prestations sont versées sans frais et sans autre plafond que les limites définies dans le présent règlement mutualiste.

#### **Pour les souscripteurs des garanties Recto-verso**

- Les prestations dont bénéficient les membres participants du contrat Recto-verso et leurs ayants droit sont assorties d'une franchise familiale annuelle globale.
- Pour permettre la couverture de cette franchise, le membre participant verse à la mutuelle sur son compte "caution" une somme remboursable, fixée à hauteur de la franchise et exprimée annuellement. Enregistrée au nom du membre participant pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat, celle-ci prend en charge les dépenses de santé entrant dans le cadre de la franchise à due concurrence de son montant, sauf exceptions éventuellement prévues dans les garanties.  
Au-delà du montant de la caution, la mutuelle prend en charge sans limite ni plafond les dépenses de santé du membre participant et de ses ayants droit au titre de la mutualisation.
- Au cas où le montant des remboursements intervenus sur l'année civile se trouve être inférieur au montant de la caution mutualiste versée par le membre participant, le solde de son compte caution lui est restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante.
- Si aucun remboursement n'est intervenu dans l'année civile, l'intégralité de la caution mutualiste versée par le membre participant lui est restituée dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante, sous réserve que celui-ci soit à jour de ses cotisations.
- Au cas où le montant total des remboursements effectués au titre de l'année civile serait égal ou excéderait celui de la caution versée par le membre participant, aucune restitution n'est effectuée au profit de ce dernier sans aucune autre conséquence pour lui-même.
- Dans le cas où le versement d'un remboursement doit intervenir au titre d'un exercice après restitution du solde du compte caution afférent audit exercice, la franchise trouve pleinement à s'appliquer, le remboursement étant en conséquence diminué du montant de la caution déjà restituée.
- Le membre participant est tenu informé périodiquement du montant du solde de son compte caution familial au moyen des décomptes de prestations.
- La cotisation, de même que la caution, ne peuvent être individualisées dans un contrat.
- Les justificatifs de remboursement des dépenses de santé doivent parvenir à la mutuelle au plus tard le 31 mars de l'année suivante.

#### **Cessation des droits**

Les droits aux prestations mutualistes cessent à compter de la date de début des soins, après deux ans et jusqu'au premier jour du trimestre civil suivant.

#### **Article 20 Modalités de remboursement des prestations :**

Le tableau des prestations servies figure en **annexe 1** du présent règlement mutualiste.

#### **Article 21 : Tiers-Payant**

Le tiers payant est appliqué pour les frais d'hospitalisation, de pharmacie, d'optique, de soins externes et dans le cadre de la procédure Médecin-référent tant que ce système sera en place. Le tiers payant peut par ailleurs faire l'objet d'une extension dans le cadre d'une convention avec d'autres professionnels de santé.

#### **Article 22 : Contrôles**

Le membre participant s'oblige à rembourser à la mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la Mutuelle.

En matière de soins et prothèses dentaires, la mutuelle se réserve le droit de demander au membre participant de se soumettre à l'expertise d'un Dentiste conseil agréé par elle.

#### **Chapitre IV - Fin de l'adhésion**

#### **Article 23 : Résiliation**

L'adhésion vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle se reconduit tacitement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante. Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance.

Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée dans les conditions visées ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à son adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de La Poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

#### **Art. 24 : Modification ou cessation du risque**

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- Changement de domicile
- Changement de situation matrimoniale
- Changement de régime matrimonial
- Changement de profession
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure **et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle**, selon les modalités prévues à l'article L.221-17 du code de la Mutualité et des décrets correspondants.

#### **Article 25 : Non paiement des cotisations**

A défaut de paiement d'une échéance de cotisation, la mutuelle a le droit de résilier ses contrats quarante jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des contrats. Le

contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payé à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractions de la cotisation annuelle, du jour où ont été payées les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les frais de poursuites et de recouvrement.

#### **Article 26 : Radiation – Exclusion**

- En cas de non-paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la mutuelle peut, après avoir fait application des dispositions des articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-14 et L. 221-15 du code de la Mutualité, radier un membre participant ou un membre honoraire. La radiation prend effet selon les modalités et délais prévus par ces articles.
- Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle. Le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué par le Conseil d'Administration dans les conditions fixées dans les statuts pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. La décision du Conseil d'Administration est notifiée selon les modalités stipulées dans les statuts. Elle est d'application immédiate du jour de sa notification. L'exclusion n'emporte pas renonciation par la mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur à l'encontre du membre exclu. L'exclusion ne donne pas droit aux remboursements des cotisations versées qui restent dues jusqu'au 31 décembre.

#### **Article 27 : Décès du membre participant ou des ayants droit**

- En cas de décès du membre participant titulaire ou de ses ayants droit, les cotisations payées d'avance, pour les périodes postérieures au mois au cours duquel est survenu le décès, sont remboursées.
- Pour les souscripteurs des garanties *Recto-verso*, en cas de décès du titulaire en cours d'année :
  - si la cotisation et la caution ont été payées intégralement pour le trimestre ou au mois au cours duquel est survenu le décès, les ayants droit peuvent prétendre aux remboursements dus. Les cotisations et cautions afférentes au trimestre ou au mois non entamé seront remboursées. Le solde du compte caution, s'il est positif, sera lui-même restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante,
  - si la cotisation et la caution ont été payées partiellement, les ayants droit doivent payer le montant dû jusqu'à la fin du trimestre ou du mois au cours duquel est survenu le décès pour prétendre aux remboursements prévus au dossier. Le solde du compte caution, s'il est positif, sera restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante.
- En cas de décès du titulaire du dossier, le conjoint devient titulaire après qu'il a accepté et signé l'avenant correspondant, la date d'effet étant le premier jour du mois suivant le décès du conjoint."

#### **Article 28 : Restitution de la carte de membre participant**

- Le membre participant s'engage à restituer sa carte d'assuré à la mutuelle à la date d'effet de la fin de son adhésion.
- En cas de non restitution et d'utilisation frauduleuse de sa carte, le membre participant radié s'expose à des poursuites judiciaires.

## **Chapitre V : DISPOSITIONS DIVERSES**

#### **Article 29 : Informatique et liberté**

- La sécurité concernant la circulation d'informations nominatives très réglementée est surveillée par la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés). Les systèmes d'échange de données informatisées touchant à la santé des Français sont tout particulièrement visés.
- Les informations collectées sont nécessaires au traitement de la demande du membre participant et à l'envoi de documents commerciaux. Elles sont destinées à la mutuelle ainsi qu'aux partenaires contractuels. Conformément à la loi Informatique et Liberté du 16 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations qui le concernent qu'il pourra exercer en adressant sa demande au siège de la mutuelle apéritrice.

#### **Article 30 : Subrogation**

Dans l'hypothèse où la mutuelle serait amenée à liquider des prestations afférentes à des soins consécutifs à un accident avec tiers responsable, soit par méconnaissance de la nature de ces soins au moment de la liquidation, soit par souci de porter aide et assistance à son membre participant en lui faisant l'avance de ces frais, la mutuelle serait alors subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

#### **Article 31 : Action sociale**

Des secours exceptionnels peuvent être accordés aux membres participants malades ou infirmes et à leur famille en cas de besoins urgents, sans toutefois que le montant total des secours attribués dans l'année ne puisse excéder 1% des cotisations encaissées l'année précédente sur les contrats coassurés.

#### **Article 32 : Prescription**

Toutes les actions dérivant du présent règlement sont prescrites dans les conditions prévues par l'article L.221-11 du code de la Mutualité.

#### **Article 33 : Loi applicable**

La loi applicable au présent règlement est la loi française et les dispositions particulières à la région Alsace-Moselle.

|   | DA | Tx SS RL  | SMO individuel au Régime Local  |                                      |                                      |
|---|----|-----------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>A - PRESTATIONS MEDICALES</b>  |    |           | <b>1</b>  | <b>4</b>                             | <b>7</b>                             |
| <b>Consultations, visites et indemnités de déplacement</b>                        |    |           |   |                                      |                                      |
| Généraliste   | 3  | 90%       | 200% BRSS (*)   | 290% BRSS (*)                        | 290% BRSS (*)                        |
| Spécialiste   | 3  | 90%       | 200% BRSS (*)   | 290% BRSS (*)                        | 290% BRSS (*)                        |
| <b>Pharmacie</b>  |    |           |   |                                      |                                      |
| Vignette bleue  | 3  | 80%       | TM  |                                      |                                      |
| Vignette blanche  | 3  | 90%       | TM  |                                      |                                      |
| Vignette orange   | -  | 15 - 90%  | néant   | néant                                | néant                                |
| <b>Analyses</b>   |    |           |   |                                      |                                      |
| Prises en charge par la SS  | 3  | 90%       | TM  |                                      |                                      |
| <b>Auxiliaires médicaux et indemnités de déplacement</b>                          |    |           |   |                                      |                                      |
|   | 3  | 90%       | 100% BRSS   | 140% BRSS                            | 190% BRSS                            |
| <b>Soins à l'étranger pris en charge par la SS</b>                                |    |           |   |                                      |                                      |
|   | 3  | variable  | + 200% rembt SS   | + 300% rembt SS                      | + 300% rembt SS                      |
| <b>Prévention</b>   |    |           |   |                                      |                                      |
| Dépistage Hépatite B  | 3  | -         | 100% BRSS   | 100% BRSS                            | 100% BRSS                            |
| Détartrage annuel   | 3  | -         | 100% BRSS   | 100% BRSS                            | 100% BRSS                            |
| <b>B - PRESTATIONS MEDICO-CHIRURGICALES</b>                                       |    |           | <b>2</b>  | <b>5</b>                             | <b>8</b>                             |
| <b>Dentaire</b>   |    |           |   |                                      |                                      |
| Actes et soins conservateurs dentaires (SDE)                                      | 6  | 90%       | 200% BRSS   | 290% BRSS                            | 290% BRSS                            |
| Orthodontie (TOR) enfants âgés de moins de 16 ans                                 | 6  | 100%      | 200% BRSS   | 300% BRSS                            | 400% BRSS                            |
| Prothèses dentaires (ADP, PFM, PFE, PDA)  | 6  | 90%       | 200% BRSS   | 290% BRSS                            | 390% BRSS                            |
| Implant (IMP), traitement parodontal (PAR) et orthodontie (TOR) adulte, maxi      | 6  | -         | 6% PMSS/an  | 9% PMSS/an                           | 12% PMSS/an                          |
| Reconstitutions coulées (Inlays Cores) (ADP)                                      | 6  | 90%       | 190% BRSS   |                                      |                                      |
| <b>Optique</b>  |    |           |   |                                      |                                      |
| Montures, verres, lentilles de contact acceptées par la SS                        | 6  | 90%       | 200% BRSS   | 290% BRSS                            | 390% BRSS                            |
| Forfait annuel pour montures ou lentilles   | 6  | -         | 6% PMSS   | 8% PMSS                              | 10% PMSS                             |
| Participation chirurgie réfractive ( <i>opération de la myopie</i> )              | 6  | -         | 12% PMSS/oeil   |                                      |                                      |
| <b>Prothèses et appareillages</b>   |    |           |   |                                      |                                      |
| Toutes prothèses et appareillages   | 6  | 90%       | 200% BRSS   | 290% BRSS                            | 290% BRSS                            |
| + acquisition appareil auditif (par appareil)                                     | 6  | 90%       | 200% BRSS   | 290% BRSS                            | 390% BRSS                            |
| <b>Actes médicaux et chirurgicaux</b>   |    |           |   |                                      |                                      |
| Actes techniques médicaux (ATM) et d'échographie (ADE)                            | 6  | 90 - 100% | 200% BRSS (*)   | 290% BRSS (*)                        | 290% BRSS (*)                        |
| Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA)                                    | 6  | 90 - 100% | 200% BRSS (*)   | 290% BRSS (*)                        | 290% BRSS (*)                        |
| Actes d'obstétrique (ACO)   | 6  | 90 - 100% | 200% BRSS (*)   | 290% BRSS (*)                        | 290% BRSS (*)                        |
| Actes d'imagerie diagnostique (ADI)   | 6  | 90 - 100% | 200% BRSS (*)   | 290% BRSS (*)                        | 290% BRSS (*)                        |
| <b>Hospitalisation en médecine, chirurgie ou maternité</b>                        |    |           |   |                                      |                                      |
| Frais de séjour régime commun   | 6  | 100%      | -   |                                      |                                      |
| Forfait journalier (si applicable) en CHS, maxi 180 jours                         | 6  | -         | Frais réels   |                                      |                                      |
| Forfait journalier (si applicable) autres établissements                          |    |           | Frais réels   |                                      |                                      |
| Indemnité comp. (si choix du régime) médecine/chirurgie (pers. majeure)           | 6  | -         | 0,5% PMSS par jour  |                                      |                                      |
| Indemnité compensatrice (si choix du régime) maternité (accouchement)             | 6  | -         | 12 x FH   |                                      |                                      |
| Frais de chambre particulière en établissement conventionné                       | 6  | -         | Frais réels   |                                      |                                      |
| Frais de chambre particulière en établissement non conventionné, maxi             | 6  | -         | 65,00 €/jour  |                                      |                                      |
| Honoraires des praticiens afférents à l'hospitalisation                           | 6  | 90-100%   | 200% BRSS (*)   | 290-300% BRSS (*)                    | 290-300% BRSS (*)                    |
| Lit d'accompagnant enfant âgé de moins de 12 ans                                  | 6  | -         | Frais réels   |                                      |                                      |
| Lit d'accompagnant enfant handicapé   | 6  | -         | Frais réels   |                                      |                                      |
| <b>Frais de transport ou d'ambulance</b>  |    |           |   |                                      |                                      |
|   | 6  | 90 - 100% | TM  |                                      |                                      |
| <b>Autres frais non pris en charge par la SS</b>                                  |    |           |   |                                      |                                      |
| Participation calculée par équivalence avec le tarif de responsabilité SS         | 6  | -         | maxi 200% du tarif équivalent SS - plafond 30% de la dépense acquitté |                                      |                                      |
| Homéopathie   | 6  | -         | 50% de la dépense/acte - plafond 80 €/an                              |                                      |                                      |
| <b>C - PREVENTION, AUTRES PRIMES ET PARTICIPATIONS</b>                            |    |           | <b>3</b>  | <b>6</b>                             | <b>9</b>                             |
| <b>Prévention supplémentaire</b>  |    |           |   |                                      |                                      |
| Test de prévention du cancer du colon, maxi                                       | 12 | -         | 0,8% PMSS   | 0,8% PMSS                            | 0,8% PMSS                            |
| Vaccin anti-grippal   | 12 | 0 - 90%   | 100% BRSS   |                                      |                                      |
| Autres vaccins non remboursés par la SS, maxi                                     | 12 | -         | 0,6% PMSS   | 0,8% PMSS                            | 1% PMSS                              |
| <b>Primes</b>   |    |           |   |                                      |                                      |
| Cure thermale libre acceptée par la SS : soins thermaux                           | 12 | 90%       | 200% BRSS   | 290% BRSS                            | 290% BRSS                            |
| forfait de surveillance   | 12 | 90%       | 200% BRSS   | 290% BRSS                            | 290% BRSS                            |
| + prime (frais hôteliers)   | 12 | -         | 8% PMSS   | 10% PMSS                             | 12% PMSS                             |
| Sevrage tabagique prescrit médicalement (substituts nicotiniques), forfait annuel | 12 | -         | 40 €  | 50 €                                 | 60 €                                 |
| <b>Participations</b>   |    |           |   |                                      |                                      |
| Honoraires de heilpraktiker ( <i>par acte</i> )                                   | 12 | -         | 30% dépense -<br>plafond 10% PMSS/an                                  | 45% dépense -<br>plafond 15% PMSS/an | 60% dépense -<br>plafond 20% PMSS/an |
| Ostéopathie ou chiropraxie ( <i>par séance</i> )                                  | 12 | -         | 0,5%PMSS/acte   | 0,75%PMSS/acte                       | 1%PMSS/acte                          |
| Allocation obsèques, allocation de base maxi (cf annexe 3)                        | 12 | -         | 100% PMSS   |                                      |                                      |
| Assistance à domicile   | -  | -         | selon descriptif Sorual assistance                                    |                                      |                                      |

Tous les taux indiqués comprennent le remboursement SS et la part complémentaire

(\*) HORS PARCOURS DE SOINS :

minoration des remboursements par l'application des dispositions

des contrats dits "responsables", soit :

majoration de participation : 20% de la BRSS

franchise sur les dépassements d'honoraires : fixée par l'assurance maladie

BRSS = Base de Remboursement SS

DA = délai d'attente (en mois)

FH = forfait journalier, soit 12 ou 16 € au 1.1.2008

PMSS = Plafond Mensuel de la SS, soit 2.773 € au 1.1.2008 /

|   |    | DA        | Tx SS  | RG                  | SMO individuel au Régime Général |                 |                 |
|---|----|-----------|--|---------------------|----------------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>A - PRESTATIONS MEDICALES</b>  |    |           |  |                     | <b>1</b>                         | <b>4</b>        | <b>7</b>        |
| <b>Consultations, visites et indemnités de déplacement</b>                        |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Généraliste   | 3  | 70%       | 200% BRSS (*)  | 270% BRSS (*)       | 270% BRSS (*)                    |                 |                 |
| Spécialiste   | 3  | 70%       | 200% BRSS (*)  | 270% BRSS (*)       | 270% BRSS (*)                    |                 |                 |
| <b>Pharmacie</b>  |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Vignette bleue  | 3  | 35%       |  | TM                  |                                  |                 |                 |
| Vignette blanche  | 3  | 65%       |  | TM                  |                                  |                 |                 |
| Vignette orange   | -  | 15%       | néant  | néant               | néant                            |                 |                 |
| <b>Analyses</b>   |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Prises en charge par la SS  | 3  | 60%       |  | TM                  |                                  |                 |                 |
| <b>Auxiliaires médicaux et indemnités de déplacement</b>                          |    |           |  |                     | 100% BRSS                        | 110% BRSS       | 160% BRSS       |
| <b>Soins à l'étranger pris en charge par la SS</b>                                |    |           |  |                     | + 200% rembt SS                  | + 300% rembt SS | + 300% rembt SS |
| <b>Prévention</b>   |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Dépistage Hépatite B  | 3  | -         | 100% BRSS  | 100% BRSS           | 100% BRSS                        |                 |                 |
| Détartrage annuel   | 3  | -         | 100% BRSS  | 100% BRSS           | 100% BRSS                        |                 |                 |
| <b>B - PRESTATIONS MEDICO-CHIRURGICALES</b>                                       |    |           |  |                     | <b>2</b>                         | <b>5</b>        | <b>8</b>        |
| <b>Dentaire</b>   |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Actes et soins conservateurs dentaires (SDE)                                      | 6  | 70%       | 200% BRSS  | 270% BRSS           | 270% BRSS                        |                 |                 |
| Orthodontie (TOR) enfants âgés de moins de 16 ans                                 | 6  | 100%      | 200% BRSS  | 300% BRSS           | 400% BRSS                        |                 |                 |
| Prothèses dentaires (ADP, PFM, PFE, PDA)  | 6  | 70%       | 200% BRSS  | 270% BRSS           | 370% BRSS                        |                 |                 |
| Implant (IMP), traitement parodontal (PAR) et orthodontie (TOR) adulte, maxi      | 6  | -         | 6% PMSS/an   | 9% PMSS/an          | 12% PMSS/an                      |                 |                 |
| Reconstitutions coulées (Inlays Cores) (ADP)                                      | 6  | 70%       |  | 170% BRSS           |                                  |                 |                 |
| <b>Optique</b>  |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Montures, verres, lentilles de contact acceptées par la SS                        | 6  | 65%       | 200% BRSS  | 265% BRSS           | 365% BRSS                        |                 |                 |
| Forfait annuel pour montures ou lentilles   | 6  | -         | 6% PMSS  | 8% PMSS             | 10% PMSS                         |                 |                 |
| Participation chirurgie réfractive (opération de la myopie)                       | 6  | -         |  | 12% PMSS/œil        |                                  |                 |                 |
| <b>Prothèses et appareillages</b>   |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Toutes prothèses et appareillages   | 6  | 65%       | 200% BRSS  | 265% BRSS           | 265% BRSS                        |                 |                 |
| + acquisition appareil auditif (par appareil)                                     | 6  | 65%       | 200% BRSS  | 265% BRSS           | 365% BRSS                        |                 |                 |
| <b>Actes médicaux et chirurgicaux</b>   |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Actes techniques médicaux (ATM) et d'échographie (ADE)                            | 6  | 70%       | 200% BRSS (*)  | 270% BRSS (*)       | 270% BRSS (*)                    |                 |                 |
| Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA)                                    | 6  | 70%       | 200% BRSS (*)  | 270% BRSS (*)       | 270% BRSS (*)                    |                 |                 |
| Actes d'obstétrique (ACO)   | 6  | 70%       | 200% BRSS (*)  | 270% BRSS (*)       | 270% BRSS (*)                    |                 |                 |
| Actes d'imagerie diagnostique (ADI)   | 6  | 70%       | 200% BRSS (*)  | 270% BRSS (*)       | 270% BRSS (*)                    |                 |                 |
| <b>Hospitalisation en médecine, chirurgie ou maternité</b>                        |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Frais de séjour régime commun   | 6  | 80 - 100% |  | TM                  |                                  |                 |                 |
| Forfait journalier autres établissements  | 6  | -         |  | Frais réels         |                                  |                 |                 |
| Forfait journalier en CHS, maxi 180 jours   | 6  | -         |  | Frais réels         |                                  |                 |                 |
| Indemnité comp. (si choix du régime) médecine/chirurgie (majeur)                  | 6  | -         |  | 0,5% PMSS par jour  |                                  |                 |                 |
| Indemnité compensatrice (si choix du régime) maternité (accouchement)             | 6  | -         |  | 12 x FH             |                                  |                 |                 |
| Frais de chambre particulière en établissement conventionné                       | 6  | -         |  | Frais réels         |                                  |                 |                 |
| Frais de chambre particulière en établissement non conventionné, maxi             | 6  | -         |  | 65,00 €/jour        |                                  |                 |                 |
| Honoraires des praticiens afférents à l'hospitalisation                           | 6  | 80 - 100% | 200% BRSS (*)  | 280 - 300% BRSS (*) | 280 - 300% BRSS (*)              |                 |                 |
| Lit d'accompagnant enfant âgé de moins de 12 ans                                  | 6  | -         |  | Frais réels         |                                  |                 |                 |
| Lit d'accompagnant enfant handicapé   | 6  | -         |  | Frais réels         |                                  |                 |                 |
| Frais de transport ou d'ambulance   | 6  | 65 - 100% |  | TM                  |                                  |                 |                 |
| <b>Autres frais non pris en charge par la SS</b>                                  |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Participation calculée par équivalence avec le tarif de responsabilité SS         | 6  | -         | 200% du tarif équivalent SS - plafond 30% de la dépense acqu |                     |                                  |                 |                 |
| Homéopathie   | 6  | -         | 50% de la dépense/acte - plafond 80 €/an                     |                     |                                  |                 |                 |
| <b>C - PREVENTION, AUTRES PRIMES ET PARTICIPATIONS</b>                            |    |           |  |                     | <b>3</b>                         | <b>6</b>        | <b>9</b>        |
| <b>Prévention supplémentaire</b>  |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Test de prévention du cancer du colon, maxi                                       | 12 | -         | 0,8% PMSS  | 0,8% PMSS           | 0,8% PMSS                        |                 |                 |
| Vaccin anti-grippal   | 12 | 0 - 65%   |  | 100% BRSS           |                                  |                 |                 |
| Autres vaccins non remboursés par la SS, maxi                                     | 12 | -         | 0,6% PMSS  | 0,8% PMSS           | 1% PMSS                          |                 |                 |
| Sevrage tabagique prescrit médicalement (substituts nicotiniques), forfait annuel | 12 | -         | 40 €   | 50 €                | 60 €                             |                 |                 |
| <b>Primes</b>   |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Cure thermale libre acceptée par la SS : soins thermaux                           | 12 | 65%       | 200% BRSS  | 265% BRSS           | 265% BRSS                        |                 |                 |
| forfait de surveillance   | 12 | 70%       | 200% BRSS  | 270% BRSS           | 270% BRSS                        |                 |                 |
| + prime (frais hôteliers)   | 12 | -         | 8% PMSS  | 10% PMSS            | 12% PMSS                         |                 |                 |
| <b>Participations</b>   |    |           |  |                     |                                  |                 |                 |
| Honoraires de heilpraktiker (par acte)  | 12 | -         | plafond 10% PMSS/an  | plafond 15% PMSS/an | plafond 20% PMSS/an              |                 |                 |
| Ostéopathie ou chiropraxie (par séance)   | 12 | -         | 0,5% PMSS/acte   | 0,75% PMSS/acte     | 1% PMSS/acte                     |                 |                 |
| Allocation obsèques, allocation de base maxi (cf annexe 3)                        | 12 | -         |  | 100% PMSS           |                                  |                 |                 |
| Assistance à domicile   | -  | -         | selon descriptif Sorual assistance                           |                     |                                  |                 |                 |

Tous les taux indiqués comprennent le remboursement SS et la part complémentaire

(\*) HORS PARCOURS DE SOINS :

· minoration des remboursements par l'application des dispositions

des contrats dits "responsables", soit :

· majoration de participation : 20% de la BRSS

· franchise sur les dépassements d'honoraires : fixée par l'assurance maladie

BRSS = Base de Remboursement SS

DA = délai d'attente (en mois)

FH = forfait journalier, soit 12 ou 16 € au 1.1.2008

PMSS = Plafond Mensuel de la SS, soit 2.773 € au 1.1.2008

|   | Tx SS RL  | RECTO-VERSO au Régime Local  |                                   |                                   |
|---|-----------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| A - PRESTATIONS MEDICALES   |           | Classique  | Médiane                           | Optimale                          |
| <b>Consultations, visites et indemnités de déplacement</b>                      |           |  |                                   |                                   |
| Généraliste   | 90%       | 200% BRSS (*)  | 290% BRSS (*)                     | 290% BRSS (*)                     |
| Spécialiste   | 90%       | 200% BRSS (*)  | 290% BRSS (*)                     | 290% BRSS (*)                     |
| <b>Pharmacie</b>  |           |  |                                   |                                   |
| Vignette bleue  | 80 - 90%  | TM   |                                   |                                   |
| Vignette blanche  | 90%       | TM   |                                   |                                   |
| Vignette orange   | 15 - 90%  | néant  | néant                             | néant                             |
| <b>Analyses</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Prises en charge par la SS  | 90%       | TM   |                                   |                                   |
| <b>Auxiliaires médicaux et indemnités de déplacement</b>                        |           |  |                                   |                                   |
|   | 90%       | 100% BRSS  | 140% BRSS                         | 190% BRSS                         |
| <b>Soins à l'étranger pris en charge par la SS</b>                              |           |  |                                   |                                   |
| Prévention  | variable  | + 200% rembt SS  | + 300% rembt SS                   | + 300% rembt SS                   |
| Dépistage Hépatite B  | -         | 100% BRSS  | 100% BRSS                         | 100% BRSS                         |
| Détartrage annuel   | -         | 100% BRSS  | 100% BRSS                         | 100% BRSS                         |
| <b>B - PRESTATIONS MEDICO-CHIRURGICALES</b>                                     |           |  |                                   |                                   |
|   |           | Classique  | Médiane                           | Optimale                          |
| <b>Dentaire</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Actes et soins conservateurs dentaires (SDE)                                    | 90%       | 200% BRSS  | 290% BRSS                         | 290% BRSS                         |
| Orthodontie (TOR) enfants âgés de moins de 16 ans                               | 100%      | 200% BRSS  | 300% BRSS                         | 400% BRSS                         |
| Prothèses dentaires (ADP, PFM, PFE, PDA)  | 90%       | 200% BRSS  | 290% BRSS                         | 390% BRSS                         |
| Implant (IMP), traitement parodontal (PAR) et orthodontie (TOR) adulte, maxi    | -         | 6% PMSS/an   | 9% PMSS/an                        | 12% PMSS/an                       |
| Reconstitutions coulées (Inlays Cores) (ADP)                                    | 90%       | 190% BRSS  |                                   |                                   |
| <b>Optique</b>  |           |  |                                   |                                   |
| Montures, verres, lentilles de contact acceptées par la SS                      | 90%       | 200% BRSS  | 290% BRSS                         | 390% BRSS                         |
| Forfait annuel pour montures ou lentilles                                       | -         | 6% PMSS  | 8% PMSS                           | 10% PMSS                          |
| Participation chirurgie réfractive ( <i>opération de la myopie</i> )            | -         | 12% PMSS/oeil  |                                   |                                   |
| <b>Prothèses et appareillages</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Toutes prothèses et appareillages   | 90%       | 200% BRSS  | 290% BRSS                         | 290% BRSS                         |
| + acquisition appareil auditif (par appareil)                                   | 90%       | 200% BRSS  | 290% BRSS                         | 390% BRSS                         |
| <b>Actes médicaux et chirurgicaux</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Actes techniques médicaux (ATM) et d'échographie (ADE)                          | 90 - 100% | 200% BRSS (*)  | 290% BRSS (*)                     | 290% BRSS (*)                     |
| Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA)                                  | 90 - 100% | 200% BRSS (*)  | 290% BRSS (*)                     | 290% BRSS (*)                     |
| Actes d'obstétrique (ACO)   | 90 - 100% | 200% BRSS (*)  | 290% BRSS (*)                     | 290% BRSS (*)                     |
| Actes d'imagerie diagnostique (ADI)   | 90 - 100% | 200% BRSS (*)  | 290% BRSS (*)                     | 290% BRSS (*)                     |
| <b>Hospitalisation en médecine, chirurgie ou maternité</b>                      |           |  |                                   |                                   |
| Frais de séjour régime commun   | 100%      | -  |                                   |                                   |
| Forfait journalier autres établissements  | -         | Frais réels  |                                   |                                   |
| Forfait journalier en CHS, maxi 180 jours                                       | -         | Frais réels  |                                   |                                   |
| Indemnité comp. (si choix du régime) médecine/chirurgie (pers. majeure)         | -         | 0,5% PMSS par jour   |                                   |                                   |
| Indemnité compensatrice (si choix du régime) maternité (accouchement)           | -         | 12 x FH  |                                   |                                   |
| Frais de chambre particulière en établissement conventionné                     | -         | Frais réels  |                                   |                                   |
| Frais de chambre particulière en établissement non conventionné, maxi           | -         | 65,00 €/jour   |                                   |                                   |
| Honoraires des praticiens afférents à l'hospitalisation                         | 90-100%   | 200% BRSS (*)  | 290-300% BRSS (*)                 | 290-300% BRSS (*)                 |
| Lit d'accompagnant enfant âgé de moins de 12 ans                                | -         | Frais réels  |                                   |                                   |
| Lit d'accompagnant enfant handicapé   | -         | Frais réels  |                                   |                                   |
| Frais de transport ou d'ambulance   | 90 - 100% | TM   |                                   |                                   |
| <b>Autres frais non pris en charge par la SS</b>                                |           |  |                                   |                                   |
| Participation calculée par équivalence avec le tarif de responsabilité SS       | -         | maxi 200% du tarif équivalent SS - plafond 30% de la dépense acquittée |                                   |                                   |
| Homéopathie   | -         | 50% de la dépense/acte - plafond 80 €/an                               |                                   |                                   |
| <b>C - PREVENTION, AUTRES PRIMES ET PARTICIPATIONS</b>                          |           |  |                                   |                                   |
|   |           | Classique  | Médiane                           | Optimale                          |
| <b>Prévention supplémentaire</b>  |           |  |                                   |                                   |
| Test de prévention du cancer du colon, maxi                                     | -         | 0,8% PMSS  | 0,8% PMSS                         | 0,8% PMSS                         |
| Vaccin anti-grippal   | 0 - 90%   | 100% BRSS  |                                   |                                   |
| Autres vaccins non remboursés par la SS, maxi                                   | -         | 0,6% PMSS  | 0,8% PMSS                         | 1% PMSS                           |
| Sevrage tabagique prescrit médicalement (substituts nicotiques), forfait annuel | -         | 40 €   | 50 €                              | 60 €                              |
| <b>Primes</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Cure thermale libre acceptée par la SS : soins thermaux                         | 90%       | 200% BRSS  | 290% BRSS                         | 290% BRSS                         |
| forfait de surveillance   | 90%       | 200% BRSS  | 290% BRSS                         | 290% BRSS                         |
| + prime (frais hôteliers)   | -         | 8% PMSS  | 10% PMSS                          | 12% PMSS                          |
| <b>Participations</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Honoraires de heilpraktiker ( <i>par acte</i> )                                 | -         | 30% dépense - plafond 10% PMSS/an                                      | 45% dépense - plafond 15% PMSS/an | 60% dépense - plafond 20% PMSS/an |
| Ostéopathie ou chiropraxie ( <i>par séance</i> )                                | -         | 0,5%PMSS/acte  | 0,75%PMSS/acte                    | 1%PMSS/acte                       |
| Allocation obsèques allocation de base maxi (cf annexe 3)                       | -         | 100% PMSS  |                                   |                                   |
| Assistance à domicile   | -         | selon descriptif Sorual assistance                                     |                                   |                                   |

Tous les taux indiqués comprennent le remboursement SS et la part complémentaire  
 (\*) HORS PARCOURS DE SOINS :  
 - minoration des remboursements par l'application des dispositions des contrats dits "responsables", soit  
 - majoration de participation : 20% de la BRSS  
 - franchise sur les dépassements d'honoraires : fixée par l'assurance maladie

BRSS = Base de Remboursement SS  
 DA = délai d'attente (en mois)  
 FH = forfait journalier, soit 12 ou 16 € au 1.1.2008  
 PMSS = Plafond Mensuel de la SS, soit 2.773 € au 1.1.2008

|   | Tx SS RG  | RECTO-VERSO au Régime Général  |                                   |                                   |
|---|-----------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
|   |           | Classique  | Médiane                           | Optimale                          |
| <b>A - PRESTATIONS MEDICALES</b>  |           |  |                                   |                                   |
| <b>Consultations, visites et indemnités de déplacement</b>                      |           |  |                                   |                                   |
| Généraliste   | 70%       | 200% BRSS (*)  | 270% BRSS (*)                     | 270% BRSS (*)                     |
| Spécialiste   | 70%       | 200% BRSS (*)  | 270% BRSS (*)                     | 270% BRSS (*)                     |
| <b>Pharmacie</b>  |           |  |                                   |                                   |
| Vignette bleue  | 35%       | TM   |                                   |                                   |
| Vignette blanche  | 65%       | TM   |                                   |                                   |
| Vignette orange   | 15%       | néant  | néant                             | néant                             |
| <b>Analyses</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Prises en charge par la SS  | 60%       | TM   |                                   |                                   |
| <b>Auxiliaires médicaux et indemnités de déplacement</b>                        | 60%       | 100% BRSS  | 110% BRSS                         | 160% BRSS                         |
| <b>Soins à l'étranger pris en charge par la SS</b>                              | variable  | + 200% rembt SS  | + 300% rembt SS                   | + 300% rembt SS                   |
| <b>Prévention</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Dépistage Hépatite B  | -         | 100% BRSS  | 100% BRSS                         | 100% BRSS                         |
| Détartrage annuel   | -         | 100% BRSS  | 100% BRSS                         | 100% BRSS                         |
| <b>B - PRESTATIONS MEDICO-CHIRURGICALES</b>                                     |           |  |                                   |                                   |
| <b>Dentaire</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Actes et soins conservateurs dentaires (SDE)                                    | 70%       | 200% BRSS  | 270% BRSS                         | 270% BRSS                         |
| Orthodontie (TOR) enfants âgés de moins de 16 ans                               | 100%      | 200% BRSS  | 300% BRSS                         | 400% BRSS                         |
| Prothèses dentaires (ADP, PFM, PFE, PDA)  | 70%       | 200% BRSS  | 270% BRSS                         | 370% BRSS                         |
| Implant (IMP), traitement parodontal (PAR) et orthodontie (TOR) adulte, maxi    | -         | 6% PMSS/an   | 9% PMSS/an                        | 12% PMSS/an                       |
| Reconstitutions coulées (Inlays Cores) (ADP)                                    | 70%       | 170% BRSS  |                                   |                                   |
| <b>Optique</b>  |           |  |                                   |                                   |
| Montures, verres, lentilles de contact acceptées par la SS                      | 65%       | 200% BRSS  | 265% BRSS                         | 365% BRSS                         |
| Forfait annuel pour montures ou lentilles                                       | -         | 6% PMSS  | 8% PMSS                           | 10% PMSS                          |
| Participation chirurgie réfractive (opération de la myopie)                     | -         | 12% PMSS/œil   |                                   |                                   |
| <b>Prothèses et appareillages</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Toutes prothèses et appareillages   | 65%       | 200% BRSS  | 265% BRSS                         | 265% BRSS                         |
| + acquisition appareil auditif (par appareil)                                   | 65%       | 200% BRSS  | 265% BRSS                         | 365% BRSS                         |
| <b>Actes médicaux et chirurgicaux</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Actes techniques médicaux (ATM) et d'échographie (ADE)                          | 70%       | 200% BRSS (*)  | 270% BRSS (*)                     | 270% BRSS (*)                     |
| Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA)                                  | 70%       | 200% BRSS (*)  | 270% BRSS (*)                     | 270% BRSS (*)                     |
| Actes d'obstétrique (ACO)   | 70%       | 200% BRSS (*)  | 270% BRSS (*)                     | 270% BRSS (*)                     |
| Actes d'imagerie diagnostique (ADI)   | 70%       | 200% BRSS (*)  | 270% BRSS (*)                     | 270% BRSS (*)                     |
| <b>Hospitalisation en médecine, chirurgie ou maternité</b>                      |           |  |                                   |                                   |
| Frais de séjour régime commun   | 80 - 100% | TM   |                                   |                                   |
| Forfait journalier autres établissements  | -         | Frais réels  |                                   |                                   |
| Forfait journalier en CHS, maxi 180 jours                                       | -         | Frais réels  |                                   |                                   |
| Indemnité comp. (si choix du régime) médecine/chirurgie (majeur)                | -         | 0,5% PMSS par jour   |                                   |                                   |
| Indemnité compensatrice (si choix du régime) maternité (accouchement)           | -         | 12 x FH  |                                   |                                   |
| Frais de chambre particulière en établissement conventionné                     | -         | Frais réels  |                                   |                                   |
| Frais de chambre particulière en établissement non conventionné, maxi           | -         | 65,00 €/jour   |                                   |                                   |
| Honoraires des praticiens afférents à l'hospitalisation                         | 80 - 100% | 200% BRSS (*)  | 280 - 300% BRSS (*)               | 280 - 300% BRSS (*)               |
| Lit d'accompagnant enfant âgé de moins de 12 ans                                | -         | Frais réels  |                                   |                                   |
| Lit d'accompagnant enfant handicapé   | -         | Frais réels  |                                   |                                   |
| <b>Frais de transport ou d'ambulance</b>  | 65 - 100% | TM   |                                   |                                   |
| <b>Autres frais non pris en charge par la SS</b>                                |           |  |                                   |                                   |
| Participation calculée par équivalence avec le tarif de responsabilité SS       | -         | maxi 200% du tarif équivalent SS - plafond 30% de la dépense acquittée |                                   |                                   |
| Homéopathie   | -         | 50% de la dépense/acte - plafond 80 €/an                               |                                   |                                   |
| <b>C - PREVENTION, AUTRES PRIMES ET PARTICIPATIONS</b>                          |           |  |                                   |                                   |
| <b>Prévention supplémentaire</b>  |           |  |                                   |                                   |
| Test de prévention du cancer du colon, maxi                                     | -         | 0,8% PMSS  | 0,8% PMSS                         | 0,8% PMSS                         |
| Vaccin anti-grippal   | 0 - 65%   | 100% BRSS  |                                   |                                   |
| Autres vaccins non remboursés par la SS, maxi                                   | -         | 0,6% PMSS  | 0,8% PMSS                         | 1% PMSS                           |
| Sevrage tabagique prescrit médicalement (substituts nicotiques), forfait annuel | -         | 40 €   | 50 €                              | 60 €                              |
| <b>Primes</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Cure thermale libre acceptée par la SS : soins thermaux                         | 65%       | 200% BRSS  | 265% BRSS                         | 265% BRSS                         |
| forfait de surveillance   | 70%       | 200% BRSS  | 270% BRSS                         | 270% BRSS                         |
| + prime (frais hôteliers)   | -         | 8% PMSS  | 10% PMSS                          | 12% PMSS                          |
| <b>Participations</b>   |           |  |                                   |                                   |
| Honoraires de heilpraktiker (par acte)  | -         | 30% dépense - plafond 10% PMSS/an                                      | 45% dépense - plafond 15% PMSS/an | 60% dépense - plafond 20% PMSS/an |
| Ostéopathie ou chiropraxie (par séance)   | -         | 0,5% PMSS/acte   | 0,75% PMSS/acte                   | 1% PMSS/acte                      |
| Allocation obsèques allocation de base maxi (cf annexe 3)                       | -         | 100% PMSS  |                                   |                                   |
| Assistance à domicile   | -         | selon descriptif Soral assistance                                      |                                   |                                   |

Tous les taux indiqués comprennent le remboursement SS et la part complémentaire

(\*) HORS PARCOURS DE SOINS

minoration des remboursements par l'application des dispositions des contrats dits "responsables", soit

majoration de participation : 20% de la BRSS

franchise sur les dépassements d'honoraires : fixée par l'assurance maladie

BRSS = Base de Remboursement SS

DA = délai d'attente (en mois)

FH = forfait journalier, soit 12 ou 16 € au 1.1.2008

PMSS = Plafond Mensuel de la SS, soit 2.773 € au 1.1.2008

**Cotisations mensuelles RECTO-VERSO 2008**

| <b>RECTO-VERSO au régime local</b> |           |         |          |
|------------------------------------|-----------|---------|----------|
| tranches d'âge                     | Classique | Médiane | Optimale |
|                                    | Total     | Total   | Total    |
| - 18 ans                           | 6,84 €    | 8,13 €  | 13,74 €  |
| caution                            | 6,84 €    | 8,13 €  | 13,74 €  |
| 18 - 25 ans                        | 10,44 €   | 12,58 € | 19,12 €  |
| caution                            | 10,44 €   | 12,58 € | 19,12 €  |
| 26 - 39 ans                        | 15,21 €   | 18,20 € | 28,03 €  |
| caution                            | 15,21 €   | 18,20 € | 28,03 €  |
| 40 - 49 ans                        | 16,06 €   | 19,27 € | 29,28 €  |
| caution                            | 16,06 €   | 19,27 € | 29,28 €  |
| 50 - 59 ans                        | 17,65 €   | 21,23 € | 32,24 €  |
| caution                            | 17,65 €   | 21,23 € | 32,24 €  |
| 60 - 69 ans                        | 19,39 €   | 23,45 € | 36,48 €  |
| caution                            | 19,39 €   | 23,45 € | 36,48 €  |

| <b>RECTO-VERSO au régime général</b> |           |         |          |
|--------------------------------------|-----------|---------|----------|
| tranches d'âge                       | Classique | Médiane | Optimale |
|                                      | Total     | Total   | Total    |
| - 18 ans                             | 18,85 €   | 22,21 € | 26,89 €  |
| caution                              | 18,85 €   | 22,21 € | 26,89 €  |
| 18 - 25 ans                          | 23,84 €   | 28,12 € | 33,57 €  |
| caution                              | 23,84 €   | 28,12 € | 33,57 €  |
| 26 - 39 ans                          | 34,46 €   | 39,99 € | 48,41 €  |
| caution                              | 34,46 €   | 39,99 € | 48,41 €  |
| 40 - 49 ans                          | 37,09 €   | 44,42 € | 52,02 €  |
| caution                              | 37,09 €   | 44,42 € | 52,02 €  |
| 50 - 59 ans                          | 40,87 €   | 48,74 € | 58,47 €  |
| caution                              | 40,87 €   | 48,74 € | 58,47 €  |
| 60 - 69 ans                          | 47,11 €   | 52,30 € | 64,70 €  |
| caution                              | 47,11 €   | 52,30 € | 64,70 €  |

**Cotisations mensuelles SMO 2008**

| <b>SMO au régime général</b> |         |         |         |
|------------------------------|---------|---------|---------|
| tranches d'âge               | 1       | 4       | 7       |
| - 18 ans                     | 19,61 € | 21,41 € | 22,93 € |
| 18 - 25 ans                  | 25,41 € | 27,08 € | 29,20 € |
| 26 - 39 ans                  | 27,34 € | 34,05 € | 41,78 € |
| 40 - 49 ans                  | 28,28 € | 37,81 € | 45,28 € |
| 50 - 59 ans                  | 31,36 € | 43,11 € | 51,20 € |
| 60 - 69 ans                  | 37,70 € | 45,45 € | 53,99 € |
| 70 - 79 ans                  | 42,12 € | 47,72 € | 56,78 € |
| 80 et +                      | 48,44 € | 54,88 € | 65,31 € |

| <b>SMO au régime local</b> |         |         |         |
|----------------------------|---------|---------|---------|
| tranches d'âge             | 1       | 4       | 7       |
| - 18 ans                   | 4,56 €  | 4,72 €  | 6,36 €  |
| 18 - 25 ans                | 7,64 €  | 7,90 €  | 9,34 €  |
| 26 - 39 ans                | 10,87 € | 11,23 € | 13,51 € |
| 40 - 49 ans                | 11,73 € | 12,11 € | 14,30 € |
| 50 - 59 ans                | 13,10 € | 13,51 € | 15,89 € |
| 60 - 69 ans                | 13,89 € | 14,41 € | 16,79 € |
| 70 - 79 ans                | 14,58 € | 15,15 € | 18,33 € |
| 80 et +                    | 16,77 € | 17,44 € | 20,33 € |

| <b>SMO au régime général</b> |         |         |         |
|------------------------------|---------|---------|---------|
| tranches d'âge               | 2       | 5       | 8       |
| - 18 ans                     | 13,28 € | 17,55 € | 24,11 € |
| 18 - 25 ans                  | 17,21 € | 23,11 € | 30,75 € |
| 26 - 39 ans                  | 33,67 € | 36,71 € | 43,97 € |
| 40 - 49 ans                  | 38,02 € | 41,56 € | 47,68 € |
| 50 - 59 ans                  | 42,15 € | 44,44 € | 53,90 € |
| 60 - 69 ans                  | 45,86 € | 46,76 € | 59,94 € |
| 70 - 79 ans                  | 48,16 € | 49,10 € | 62,92 € |
| 80 et +                      | 55,38 € | 56,47 € | 72,36 € |

| <b>SMO au régime local</b> |         |         |         |
|----------------------------|---------|---------|---------|
| tranches d'âge             | 2       | 5       | 8       |
| - 18 ans                   | 6,17 €  | 8,18 €  | 16,41 € |
| 18 - 25 ans                | 10,35 € | 13,69 € | 24,09 € |
| 26 - 39 ans                | 14,73 € | 19,43 € | 34,87 € |
| 40 - 49 ans                | 15,89 € | 20,98 € | 36,90 € |
| 50 - 59 ans                | 17,75 € | 23,40 € | 41,01 € |
| 60 - 69 ans                | 18,82 € | 24,96 € | 45,64 € |
| 70 - 79 ans                | 19,77 € | 26,27 € | 47,29 € |
| 80 et +                    | 22,71 € | 30,22 € | 52,49 € |

| <b>SMO au régime général</b> |         |         |         |
|------------------------------|---------|---------|---------|
| tranches d'âge               | 3       | 6       | 9       |
| - 18 ans                     | 2,49 €  | 2,73 €  | 3,40 €  |
| 18 - 25 ans                  | 4,16 €  | 4,59 €  | 5,01 €  |
| 26 - 39 ans                  | 5,94 €  | 6,52 €  | 7,24 €  |
| 40 - 49 ans                  | 6,40 €  | 7,00 €  | 7,65 €  |
| 50 - 59 ans                  | 7,16 €  | 7,85 €  | 8,48 €  |
| 60 - 69 ans                  | 9,99 €  | 11,04 € | 12,50 € |
| 70 - 79 ans                  | 14,48 € | 16,00 € | 17,85 € |
| 80 et +                      | 23,67 € | 26,12 € | 28,07 € |

| <b>SMO au régime local</b> |         |         |         |
|----------------------------|---------|---------|---------|
| tranches d'âge             | 3       | 6       | 9       |
| - 18 ans                   | 2,05 €  | 2,46 €  | 3,07 €  |
| 18 - 25 ans                | 2,99 €  | 3,19 €  | 3,47 €  |
| 26 - 39 ans                | 3,28 €  | 5,44 €  | 6,05 €  |
| 40 - 49 ans                | 3,75 €  | 6,30 €  | 6,55 €  |
| 50 - 59 ans                | 4,77 €  | 7,06 €  | 7,39 €  |
| 60 - 69 ans                | 5,81 €  | 7,36 €  | 7,98 €  |
| 70 - 79 ans                | 7,02 €  | 14,40 € | 16,08 € |
| 80 et +                    | 21,32 € | 23,53 € | 25,29 € |