



Fiche d'adhésion Complémentaire santé **SURCOMPLEMENTAIRE** **AF / CSEC / CSE / ORGANISMES**

Adresse retour :

Centre de Gestion MNPAF
28039 CHARTRES CEDEX
Votre espace adhérent sur www.mnpaf.fr

Date d'effet :

- au 1er janvier prochain,
- **SAUF** nouvel embauché (moins d'1 mois) : date d'effet à la même date que votre couverture entreprise obligatoire.

"Êtes-vous sûr que cette garantie correspond à vos besoins ? Dans le cadre de notre accompagnement nous vous invitons à réaliser votre étude personnalisée pour vous en assurer avant de souscrire. Simple et rapide, notre conseil vous sera délivré en quelques clics et vous aurez l'assurance de souscrire le contrat le mieux adapté à vos besoins. Rendez-vous sur votre espace personnel sur www.mnpaf.fr (lien), rubrique "conseil & souscription". Si vous souhaitez souscrire sans bénéficier de notre conseil, merci de cocher la case suivante pour permettre le traitement de votre demande d'adhésion :

« Je ne souhaite ni transmettre les informations nécessaires à la réalisation de l'étude personnalisée proposée par la MNPAF ni obtenir le conseil qui pourrait me confirmer que mon choix est adapté à mes besoins. »

SALARIE

NOM : _____ Prénoms : _____

Date de naissance : _____ N° SS : _____

Ville de naissance : _____ Pays de naissance : _____

Matricule : _____ Profession : _____

PPE* : Oui - Non Si oui laquelle : _____

Lié(e) à une PPE : Oui - Non Si oui laquelle : _____

**Personne politiquement exposée (PPE) – Exercez-vous ou avez exercé depuis moins d'un an une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ? Le cas échéant, merci d'indiquer l'intitulé de la fonction ainsi que les dates d'exercice de celle-ci.*

**Lié(e) à une PPE – Une personne de votre famille ou de votre entourage proche exerce-t-elle ou a-t-elle exercé depuis moins d'un an une telle fonction ? Le cas échéant, merci d'indiquer la nature de ce lien et la fonction PPE qui vous est liée.*

VOS COORDONNEES

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél.* : _____

Adresse e-mail* (en lettres capitales) : _____ @ _____

**Données facultatives. Ces coordonnées nous sont utiles pour vous adresser par voie électronique des informations concernant la gestion de votre contrat, des newsletters, notre magazine Escale Santé et des informations commerciales concernant des produits et services analogues proposés par la MNPAF.*



Merci de retourner à l'adresse indiquée : ce présent bulletin dûment signé accompagné de la copie de votre pièce d'identité ou passeport..., le mandat de prélèvement SEPA ci-joint rempli et signé, accompagné d'un RIB (Relevé d'Identité Bancaire).

En signant ce bulletin d'affiliation, j'atteste avoir reçu avant la signature, les Statuts, le Règlement Mutualiste et le document d'information normalisé.

Fait à : _____

Le : _____

Signature de l'assuré(e) principal(e)
(précédée de la mention « **lu et approuvé** ») :

BAREME DE COTISATIONS MENSUELLES 2025

Composition familiale	Age de l'ouvrant-droit (au moment de d'adhésion) Le changement de la tranche d'âge se fait au 1 ^{er} janvier suivant la date d'anniversaire			
	OD moins 30 ans	OD 30-39 ans	OD 40-49 ans	OD 50 ans et plus
1 Adulte	26,70 €	30,70 €	32,70 €	32,70 €
1 Adulte 1 Enfant	32,70 €	32,70 €	32,70 €	32,70 €
1 Adulte 2 Enfants et +	32,70 €	32,70 €	32,70 €	32,70 €
2 Adultes	51,30 €	58,30 €	65,30 €	65,30 €
2 Adultes 1 Enfant	62,30 €	65,30 €	65,30 €	65,30 €
2 Adultes 2 Enfants et +	65,30 €	65,30 €	65,30 €	65,30 €

**Votre adhésion à la surcomplémentaire entraîne, de fait, l'affiliation de
L'ENSEMBLE DE VOS BENEFICIAIRES (ENFANTS ET CONJOINT) INSCRITS SUR VOTRE DOSSIER**

Ratio prestations sur cotisations en pourcentage : 92,53 %

Ratio des frais de gestion sur les cotisations en pourcentage : 8,52 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers-payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est à dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

La MNPAF est une entité d'Aéma Groupe. Les données recueillies feront l'objet de traitements par la MNPAF, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution de ce contrat ainsi qu'à des fins de prospection et gestion commerciales. Elles pourront être transmises aux autres entités d'Aéma Groupe et notamment à ses partenaires aux mêmes fins.

Pour information vos données seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser. Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez exercer vos droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles sur le site www.mnpaf.fr, via les formulaires dédiés que vous trouverez dans la rubrique « données personnelles » (bas de page) ou par voie postale à :

*Siège MNPAF, à l'attention du DPO, Bâtiment Uranus, 3 place de Londres,
CS 11 692 Tremblay en France, 95 725 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX*

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. Les niveaux de remboursement seront détaillés dans la grille des prestations.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales du Contrat Responsable. Il s'adresse aux salariés en activité ou en suspension du contrat de travail indemnisé ou non indemnisé < 2 mois CDD - CDI d'Air France du CSEC et CSE, de la société OAT et d'Organismes affiliés.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont parfois soumis à des plafonds précisés dans le tableau des garanties. Les remboursements perçus ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Soins courants** : Consultation, auxiliaires médicaux, biologie, analyses, psychomotricité infantile en secteur ambulatoire, psychologue pour enfants de moins de 18 ans, autre médecine, matériel médical remboursé par la Sécurité sociale.
- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires chirurgien/anesthésiste/obstétricien médecins OPTAM (CO) et actes techniques médicaux par médecin OPTAM (CO) ou Non OPTAM (CO), chambre particulière.
- ✓ **Aides auditives**
- ✓ **Optique** : Lunettes (verres), traitement correctif de la vision (laser, implants intraoculaires ou PKR), lentilles remboursées ou non.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses dentaires, implants, orthodontie.
- ✓ **Cures thermales** : cures prises en charge par la Sécurité sociale.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- Les soins ou prestations n'ayant pas fait l'objet d'une participation du premier niveau de garantie souscrit à la MNPAF (contrat socle collectif et obligatoire AF), sauf cas particuliers expressément prévus au règlement mutualiste.
- Les soins ou médicaments non remboursés par la Sécurité sociale (sauf exception formellement prévue au règlement).
- Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- Les prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale.
- Le transport.
- Les honoraires des médecins non OPTAM (CO) en hospitalisation.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Franchises médicales sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! Participation forfaitaire d'1€ sur les consultations et actes médicaux, examens radiologiques et analyses laboratoires.
- ! Majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Psychologue pour enfant de – de 18 ans (sauf enfant handicapé)** : remboursement limité à 25 séances/an.
- ! **Médecine douce** : remboursement limité à 8 séances tous les 2 ans.
- ! **Aides auditives** : remboursement limité à 2 oreilles tous les 4 ans (glissants).
- ! **Optique** : limité à 1 équipement (2 verres)/ 2 ans pour les adultes et tous les ans (glissants) pour les - de 16 ans sauf dérogation réglementaire,
- ! **Dentaire** : remboursement maximum annuel de 1.500 € et nombre d'implants limité à 3/an.
- ! **Chambre particulière** : remboursement limité à 60 jours/an.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du niveau de garantie souscrit et sous réserve d'intervention de l'Assurance Maladie française, sauf exceptions expressément prévues au règlement, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Être couvert par la couverture socle collective et obligatoire souscrite par l'entreprise Air France/CSEC/CSE/OAT/organismes auprès de la MNPAF.
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par l'assureur
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler mensuellement la cotisation indiquée au règlement.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations ou à l'actualisation de votre situation administrative (changement d'adresse, changement de caisse d'assurance maladie, ...)
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins (date indiquée sur le décompte de l'Assurance Maladie ou en cas de non prise en charge par l'Assurance Maladie date de facturation).



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due pour l'année civile. Son paiement est fractionné en mois entier et elle est réglée, terme à échoir, par prélèvement bancaire chaque début de mois.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à la même date que la couverture complémentaire socle si la demande a été faite au plus tard dans le mois qui suit, à défaut le 1er janvier de chaque année sous réserve d'en faire la demande avant le 30 novembre précédent.

La durée du contrat est d'un an ; il se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au règlement.

La fin de la couverture collective et obligatoire à la MNPAF entraîne la suspension automatique de la couverture surcomplémentaire.

L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la prise d'effet du contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Au 31 décembre de chaque année sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre.
- Dans les 20 jours suivants l'envoi de votre échéancier annuel.
- Ou à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande.

La demande de résiliation doit être adressée par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité et notamment par courrier postal à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant ou par messagerie électronique.

Exemples de remboursement - Garantie Socle Air France + SURCO AF 2025

Exemples de remboursement	Montant servant de références	Remb Assurance Maladie	Contrat Air France		Contrat Air France + Surco AF		Commentaires
			Remb. socle AF	Reste à charge	Remb. socle AF + Surco AF	Reste à charge	
Hospitalisation							
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20€	0	20€	0	20€	0	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassements d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	434€	271,70€	162,30€	0	162,30€	0	Prix national de l'acte. Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient est redevable d'une participation forfaitaire de 24€ pris en charge par son contrat
Honoraires du chirurgien avec dépassements d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	473€	271,70€	201,30€	0	201,30€	0	Prix national de l'acte. Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient est redevable d'une participation forfaitaire de 24€ pris en charge par son contrat
Chambre particulière	90€	0	70€	20€	90€	0	
Optique							
Équipement optique classe A (monture + verres) verres unifocaux (équipement 100% santé)	115€	20,70€	94,30€	0	94,30€	0	Prix limite de vente
Équipement optique classe B (monture + verres) verres unifocaux prix libres - code LPP 2218542	366€	0,09€	259,97€	105,94€	319,97€	45,94€	Prix moyen national de l'acte
Lentilles de contact non remboursées Sécurité sociale - prix pour l'année	230€	0	150€	80€	200€	30€	
Dentaire							
Détartrage	43,38€	26,03€	17,35€	0	17,35€	0	Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives canines et premières prémolaires (prothèses 100% santé)	500€	72€	428€	0	428€	0	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires	557€	72€	410€	75€	485€	0	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur molaires	557€	72€	410€	75€	485€	0	Prix moyen national de l'acte
Implantologie (1 implant + 1 couronne)	1 500€	64,50€	1 020€	415,50€	1 290€	145,50€	Prix moyen national de l'acte
Aides auditives							
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950€	240€	710€	0	710€	0	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille (prix libres) pour les plus de 20 ans	1 582€	240€	1 342€	0	1 342€	0	Prix moyen national de l'acte
Soins courants							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	30€	19€	9€	2€	9€	2€	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique sans dépassement d'honoraires	37€	23,90€	11,10€	2€	11,10€	2€	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassements d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	54€	23,90€	28,10€	2€	28,10€	2€	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassements d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	67€	14,10€	19,55€	33,35€	29,90€	23€	Prix moyen national de l'acte
Ostéopathe	60€	0	25€	35€	60€	0	Prix moyen national de l'acte

Lettre de renonciation

Nom Prénom :
Adresse postale :
Adresse mail :
Téléphone :
Numéro d'adhérent (présent sur votre carte mutuelle) :

Centre de gestion MNPAF -
Service résiliation
28039 CHARTRES CEDEX

Objet : Renonciation

Le ____ / ____ / ____, à _____

Madame/Monsieur

Je soussigné(e) (*Nom, Prénom*) _____ déclare
renoncer à mon adhésion au contrat complémentaire santé intitulé _____
intervenue en date du ____ / ____ / ____.

Vous remerciant par avance pour le traitement de ma demande dans les meilleurs délais,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, en l'expression de mes sincères salutations.

Signature :

Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous disposez sur vos données des droits suivants : d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et à la portabilité que vous pouvez exercer, sur le site www.mnpaf.fr, via les formulaires dédiés que vous trouverez dans la rubrique « données personnelles »

règlement mutualiste



Air France

SURCOMPLÉMENTAIRE



JANVIER
2025



SOMMAIRE

■	RÈGLEMENT MUTUALISTE - SURCOMPLÉMENTAIRE AIR FRANCE	
	PRÉAMBULE	P. 3
	○ SECTION I - ADHÉSION Articles 1 à 6	P. 3
	○ SECTION II - RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION, NULLITÉ DE LA GARANTIE Articles 7 à 11	P. 3
	○ SECTION III - COTISATIONS Articles 12 à 16	P. 4
	○ SECTION IV - PRESTATIONS Articles 17 à 24	P. 5
	○ SECTION V - RÉCLAMATIONS ET CONTENTIEUX Articles 25 à 28	P. 7
■	ANNEXES	P. 8
	○ ANNEXE 1 - BARÈME DE COTISATIONS	P. 8
	○ ANNEXE 2 - GRILLE DE PRESTATIONS	P. 9
	○ ANNEXE 3 - GRILLE OPTIQUE	P. 13
	○ ANNEXE 4 - LISTE DES ORGANISMES RATTACHÉS AU CONTRAT SOCLE AIR FRANCE ET POUVANT BÉNÉFICIER DE LA SURCOMPLÉMENTAIRE	P. 15

RÈGLEMENT MUTUALISTE SURCOMPLÉMENTAIRE AIR FRANCE

PRÉAMBULE

La Mutuelle Nationale des Personnels d'Air France (MNPAF), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité est immatriculée auprès du répertoire SIRENE sous le numéro 379 718 653.

Conformément à l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité et à l'article 4 des Statuts de la MNPAF, le présent Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le présent règlement est à adhésion individuelle et facultative. Il intervient sous déduction du remboursement opéré par l'Assurance maladie obligatoire française et les prestations de remboursement de frais de santé servies au titre du contrat socle collectif et obligatoire visé à l'article 1^{er}, dans la limite des frais réels. Il est soumis à la loi française et satisfait aux exigences du contrat solidaire et responsable prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

SECTION I. ADHÉSION

ARTICLE 1

CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au présent règlement : les salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité couverts à titre collectif et obligatoire par le contrat socle souscrit par la société Air France auprès de la MNPAF, et auquel ont adhéré le comité social et économique central et les comités sociaux et économiques d'Air France, la société OAT, l'ASAF, la MNPAF et d'autres organismes listés en annexe 4.

L'adhésion est familiale. Tous les ayants droit de l'adhérent inscrits en tant que tels dans le cadre du contrat socle susvisé sont obligatoirement affiliés au régime surcomplémentaire organisé par le présent règlement.

ARTICLE 2

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Pour les salariés des sociétés visées à l'article 1 couverts par le contrat complémentaire socle collectif et obligatoire de frais de santé de la MNPAF, l'adhésion au présent règlement surcomplémentaire peut se faire chaque année avant le 30 novembre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant,

sous réserve de réception de l'ensemble des pièces à fournir.

Toutefois, les personnes ayant adhéré au contrat socle complémentaire santé à la MNPAF il y a moins d'un mois peuvent adhérer au présent règlement surcomplémentaire à toute époque de l'année, sous réserve d'en faire la demande dans le mois qui suit l'affiliation au contrat complémentaire précité.

La garantie surcomplémentaire prend alors effet à la même date que la garantie socle complémentaire de frais de santé.

ARTICLE 3

PIÈCES À FOURNIR LORS DE L'ADHÉSION

La demande d'adhésion doit être formulée à l'aide du bulletin d'adhésion mis à la disposition de l'adhérent par la MNPAF.

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

Une autorisation de prélèvement bancaire ainsi qu'un RIB seront également à fournir.

Ces documents sont à adresser au service gestion de la MNPAF dûment remplis, datés et signés par l'adhérent, à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 4

DROIT À RENONCIATION

Si vous souhaitez revenir sur votre décision et renoncer à votre adhésion, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires à compter de la prise d'effet de votre adhésion, ou si elle est postérieure, à compter de la date à laquelle vous avez reçu les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité pour nous en informer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Vous devez nous adresser, par voie dématérialisée (via votre Espace Adhérent) ou par courrier recommandé ou envoi recommandé électronique conforme aux exigences de l'article L. 100 du Code des postes et télécommunications électroniques, avec accusé de réception à l'adresse postale figurant sur votre demande d'adhésion, votre demande établie selon le modèle suivant :

“Je soussigné(e) (nom, prénom, n° d'adhérent, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au règlement mutualiste XXXX intervenue en date du ... Date et signature”.

Les cotisations payées vous seront intégralement remboursées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de votre demande de renonciation, sous déduction des prestations éventuellement versées durant cette période.

ARTICLE 5

ADJONCTION D'UN AYANT DROIT

Si l'ouvrant droit adhère au présent règlement, l'adjonction en cours d'adhésion d'un nouveau bénéficiaire au contrat socle visé à l'article 1^{er} du présent règlement entraînera l'affiliation automatique de l'enfant ou du conjoint au présent règlement. La date d'effet de l'adjonction d'un ayant droit au présent règlement correspond à la date d'affiliation de l'ayant droit au contrat socle.

ARTICLE 6

DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion du membre participant produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours puis elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction sauf résiliation, radiation ou exclusion dans les conditions définies à la section II du présent règlement.

SECTION II. RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION, NULLITÉ DE LA GARANTIE

ARTICLE 7

À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

7.1 Faculté de résiliation annuelle

L'adhérent peut résilier chaque année son adhésion. Pour être valable, la résiliation doit être notifiée à la MNPAF au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile, date de l'échéance annuelle. La notification de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, à savoir à ce jour :

- par déclaration faite au siège social de la MNPAF ou chez son représentant ;

- o par acte extrajudiciaire ;
- o en cas d'adhésion à distance par le même mode de communication que celui utilisé lors de l'adhésion au présent règlement.

La MNPAF confirme par écrit la réception de la notification.

En outre, dans le cas où l'avis d'échéance annuelle de cotisation lui est adressé moins de 15 jours avant la date limite d'exercice de son droit à résiliation ou après cette date, l'adhérent dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de son échéancier annuel pour dénoncer la reconduction tacite de son adhésion par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social de la MNPAF ou chez son représentant, par acte extrajudiciaire, par le même mode de communication que celui utilisé lors de l'adhésion au présent règlement.

En cas de résiliation, une demande de ré-adhésion ne peut intervenir qu'après un délai de 12 mois.

Par ailleurs, la couverture du conjoint ou des enfants ayants droit d'un adhérent prend fin en cas de résiliation de l'adhésion de l'ouvrant droit ou si l'adhérent demande la résiliation de l'affiliation de ses ayants droit facultatifs, ou si l'ayant droit ne satisfait plus aux conditions pour l'être.

7.2 Résiliation infra-annuelle

Outre la faculté de résiliation annuelle exposée à l'article 7.1 du présent règlement, l'adhérent peut dénoncer son adhésion après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.

La dénonciation de l'adhésion prend effet, un mois après que la MNPAF en a reçu notification.

Lorsque l'adhésion au règlement mutualiste est dénoncée dans ces conditions, l'adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation. La MNPAF est tenue de rembourser le solde à l'adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où l'adhérent dénonce son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, il peut demander à ce nouvel organisme d'effectuer pour son compte les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation dans les conditions décrites au présent article auprès de la MNPAF.

7.3 Bénéfice de la CMU-C

Lorsqu'un adhérent obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale (CMU-C), il peut obtenir à sa demande la résiliation totale de la garantie initialement souscrite.

ARTICLE 8

À L'INITIATIVE DE LA MNPAF

L'adhésion du membre participant au présent règlement prend fin dans les cas suivants :

8.1 En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 14

8.2 En cas d'exclusion dans les conditions prévues par les statuts

ARTICLE 9

AUTRES CAS DE CESSATION DE L'ADHÉSION

9.1 Dans l'hypothèse où le membre participant ne bénéficie plus de la couverture collective obligatoire

La fin de la couverture collective et obligatoire du salarié suspend d'office son adhésion ainsi que celle de ses bénéficiaires à la présente garantie surcomplémentaire. Une proposition d'adhésion individuelle sur la base de la gamme Altitude lui est alors proposée.

9.2 En cas de décès du membre participant

ARTICLE 10

FAUSSE DÉCLARATION

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

Par ailleurs toute production de faux documents (fausse facture de soins, faux décompte Sécurité sociale...) entraîne la résiliation de la garantie.

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

ARTICLE 11

CONSÉQUENCES DE LA CESSATION DE L'ADHÉSION

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

11.2 La résiliation de l'adhésion pour quelle que cause que ce soit ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

SECTION III. COTISATIONS

ARTICLE 12

DÉFINITION DES CATÉGORIES DE COTISATIONS

La cotisation est familiale. Elle est calculée en fonction de l'âge de l'ouvrant droit au 1^{er} janvier de chaque année et du nombre de bénéficiaires inscrits sur le dossier de l'assuré (conjoint ou non, nombre d'enfants).

Aucun supplément de cotisation n'est dû à partir du 3^e enfant à charge mutuelle.

Les tarifs sont décrits en annexe 1.

Nota : afin de ne pas pénaliser les couples de 2 ouvrants droits couverts à titre Collectif et Obligatoire souhaitant souscrire la garantie, la cotisation familiale sur la base du plus jeune pourra leur être appliquée sous réserve qu'ils en fassent la demande expresse.

ARTICLE 13

MODE DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est due pour l'année civile. Son paiement est fractionné en mois entier et elle est réglée, terme à échoir, et prélevée chaque début de mois, à la date mentionnée sur l'échéancier, sur compte bancaire.

Un échéancier de cotisations est adressé à l'adhérent avant le 1^{er} prélèvement bancaire puis chaque année.

ARTICLE 14

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut de paiement d'une fraction annuelle de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. La suspension résultant du non-paiement d'une fraction annuelle de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de l'année considérée.

Si 10 jours après l'écoulement du délai de 30 jours, les cotisations ne sont toujours pas réglées, la garantie sera résiliée et l'adhérent et les membres de sa famille radiés du présent règlement.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Nota: aucune ré-adhésion n'est possible en cas de radiation pour non-paiement de cotisations sauf en cas de règlement de l'arriéré de cotisations.

ARTICLE 15

RÉVISIONS DE LA COTISATION

Par ailleurs le barème de cotisations dans son ensemble peut être révisé à tout moment sur décision de l'Assemblée Générale de la MNPAF, ou du Conseil d'Administration sur délégation de cette dernière, notamment si l'évolution des coûts unitaires et des besoins liés à la marge de solvabilité (article L. 212-1 du Code de la Mutualité) le nécessitent.

La modification des cotisations est applicable dès qu'elle est notifiée aux adhérents.

ARTICLE 16

ADJONCTION OU RADIATION

D'UN AYANT DROIT

La cotisation est modifiée conformément au tableau des cotisations à partir de la date d'effet de l'adjonction ou de la radiation de l'ayant droit mutualiste au contrat socle visé à l'article 1^{er} du présent règlement.

SECTION IV. PRESTATIONS

ARTICLE 17

PRESTATIONS ET RISQUES COUVERTS

Le présent règlement a pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire française.

Les prestations du présent règlement sont exprimées sous déduction du remboursement opéré par le régime d'Assurance maladie obligatoire français et des prestations servies dans le cadre du contrat socle visé à l'article 1^{er} du présent règlement, dans les conditions prévues au tableau des garanties annexé et dans tous les cas dans la limite des frais réels.

Les prestations, et de manière générale toutes les dispositions du présent règlement, peuvent être modifiées à tout moment par l'Assemblée Générale de la MNPAF ou par le Conseil d'Administration quand il a reçu délégation de cette dernière pour le faire.

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

ARTICLE 18

OUVERTURE DES DROITS

Le droit à prestation prend effet immédiatement à la date d'adhésion telle que définie à l'article 2.

En cas d'adjonction d'un ayant droit en cours d'adhésion, les prestations le concernant prennent effet à la date d'affiliation.

ARTICLE 19

CONDITIONS DE RÈGLEMENT

DES PRESTATIONS

En application des dispositions de l'article 9 de la loi Évvin du 31 décembre 1989, les remboursements effectués par la Mutuelle, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Conformément au décret du 30 août 1990 les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Nota : sont exclues de toute prise en charge au titre du présent règlement les prestations n'ayant pas fait l'objet d'une participation au titre du contrat socle MNPAF.

Toutefois un remboursement sera exceptionnellement possible pour les soins de parodontologie et d'endodontie, pour l'achat de lentilles et de prothèses dentaires si la non-participation du contrat socle s'explique uniquement par le fait que les forfaits annuels ont été atteints.

Par ailleurs à titre dérogatoire une participation pour l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale est prévue au présent règlement.

Ces remboursements s'effectuent dans la limite des plafonds prévus par la réglementation concernant les contrats "responsables".

En cas de suspension du versement des prestations dans le cadre du contrat socle visé à l'article 1^{er} du présent règlement, le versement des prestations dans le cadre du présent règlement est également automatiquement suspendu.

ARTICLE 20

MODALITÉS DE VERSEMENT

DES PRESTATIONS

Les remboursements de la MNPAF sont effectués dans un délai moyen de 2 à 10 jours ouvrés à compter de la réception de la demande complète de prestations.

Ils sont effectués par virement en euros sur le compte bancaire du membre participant ou de ses ayants droit.

Dans le cas où des accords ont été passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter au membre participant ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement à ces professionnels de santé ou établissements.

ARTICLE 21

DÉLAI DE FORCLUSION

POUR LES REMBOURSEMENTS

Les demandes de remboursement et les pièces justificatives doivent être adressées à la Mutuelle le plus rapidement possible et dans tous les cas dans un délai de 2 ans après la date des soins, afin d'obtenir le remboursement dans les conditions prévues en annexe 2.

La date des soins prise en considération pour le règlement des prestations par la MNPAF est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'Assurance maladie obligatoire français lorsque ceux-ci interviennent ou à défaut, la date de facturation.

ARTICLE 22

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

POUR LES REMBOURSEMENTS

Les prestations sont remboursées au membre participant sur présentation :

- des décomptes délivrés par le régime d'Assurance maladie obligatoire français, sauf lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la MNPAF par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique, auquel cas le décompte précité fait apparaître la mention "copie transmise à votre mutuelle" ou une mention équivalente ;
- des factures acquittées.

Constitue une facture, le document comportant les mentions suivantes :

- le nom des parties et leur adresse ;
- la date des soins, de la vente ou de la prestation ;
- la nature des soins, de la vente ou de la prestation ;
- la quantité ;
- le prix unitaire des produits vendus et des services rendus ;
- le numéro de facture, pour les professionnels assujettis à la TVA.

- o le cas échéant, les décomptes de prestations de frais de santé délivrés par un autre organisme assureur.

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

ARTICLE 23

RÉGIME DES PRESTATIONS

(ANNEXES 2 ET 3)

Les prestations sont calculées dans le respect des dispositions législatives et réglementaires parues et à paraître du contrat "responsable" (article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code).

À ce titre, ne sont pas pris en charge :

- o la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- o la franchise prévue au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- o la prise en charge de la majoration de participation prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- o les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Sont pris en charge, **sous déduction des prises en charge déjà effectuées dans le cadre du contrat socle visé à l'article 1^{er} du présent règlement** :

- o l'intégralité de la participation du membre participant définie à l'article R. 160-5. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;
- o le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée ;
- o si le règlement propose cette garantie, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de

responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

- o les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;

- si le règlement prévoit une couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation définie à l'article R. 160-5 pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée, dans le respect des plafonds et plannings prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, lesquels incluent la part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire et la participation des assurés prévue par l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale pour l'acquisition de l'équipement ;

- o les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

- o à compter du 1^{er} janvier 2021, les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives, dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;

- au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Pour les adhérents relevant du dispositif local d'Assurance maladie en vigueur en Alsace Moselle ou d'un régime obligatoire d'Assurance maladie français offrant des prestations en nature supérieures à celles du régime général, le respect des obligations minimales et des limites de prise en charge s'apprécie compte tenu du remboursement global des frais de soins concernés au titre de l'ensemble des garanties d'Assurance maladie complémentaire dont bénéficient ces adhérents.

En cas de contradiction entre les dispositions du présent règlement et celles des contrats dits "responsables" ces dernières prévaudront automatiquement.

ARTICLE 24

PROTECTION DES DONNÉES

La MNPAF est une entité d'Aéma Groupe. Les données recueillies feront l'objet de traitements par la MNPAF, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution de ce contrat ainsi qu'à des fins de prospection et gestion commerciales.

Elles pourront être transmises aux autres entités d'Aéma Groupe et notamment à ses partenaires aux mêmes fins.

Pour information les données seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Elles feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les adhérents disposent de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Le cas échéant, les adhérents peuvent retirer leur consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Les adhérents peuvent s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Ils disposent d'un droit d'opposition sur l'utilisation de leurs données à des fins de prospection commerciale.

Ils peuvent exercer leurs droits et adresser toute demande d'information concernant leurs données personnelles via le site www.mnpaf.fr, rubrique "données personnelles" ou par voie postale à :

Siège MNPAF

À l'attention du délégué

à la protection des données (DPO)

Bâtiment Uranus

3, place de Londres

CS 11692 Tremblay-en-France

95725 ROISSY CHARLES DE GAULLE CEDEX

Ils ont également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection des données sont accessibles sur le site : www.mnpaf.fr, rubrique "données personnelles".

SECTION V. RÉCLAMATIONS ET CONTENTIEUX

ARTICLE 25

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, le délai de prescription de deux ans de l'action ne court que du jour où la MNPAF en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, le délai de prescription de deux ans ne court qu'à compter du jour où le membre participant ou ses ayants droit en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 26

RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

Pour toute réclamation, l'adhérent ou l'ayant droit peut adresser sa demande par courrier postal à l'adresse postale suivante : **Centre de gestion MNPAF**
Traitement des réclamations
28039 CHARTRES CEDEX

Ou via la messagerie de votre Espace Adhérent en sélectionnant le motif "réclamation".

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception. L'adhérent est informé du déroulement du traitement de sa réclamation, notamment lorsque, en cas de survenance de circonstances particulières, les délais sur lesquels la MNPAF s'est engagée ne peuvent pas être respectés.

Si besoin, l'adhérent ou l'ayant droit peut ensuite saisir par écrit (par courrier postal ou e-mail) le Directeur de la Mutuelle : **MNPAF**

À l'attention de M. Le Directeur
3, place de Londres
CS 11692 Tremblay-en-France
95725 ROISSY CHARLES DE GAULLE CEDEX

Ou par e-mail : siege@mnpaf.fr

Enfin, si les 2 premières étapes de recours interne n'ont pas résolu le différend opposant la Mutuelle à l'adhérent ou l'ayant droit, celui-ci peut saisir le Médiateur après avoir obtenu une réponse à une réclamation écrite de la Mutuelle, ou à défaut de réponse de la Mutuelle dans un délai de deux mois après l'envoi d'une réclamation écrite :

- soit en remplissant un formulaire de saisie disponible sur le site : www.mediateur-mutualite.fr
- soit en adressant sa demande par lettre par courrier postal à : **Monsieur le médiateur de la Mutualité Française - FNMF**
255, rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

Les conditions et modalités d'intervention de la médiation sont consultables sur le site : www.mediateur-mutualite.fr

ARTICLE 27

SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a 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.

ARTICLE 28

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément aux dispositions de l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, la MNPAF est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 9.

ANNEXES

ANNEXE 1. BARÈME DE COTISATIONS MENSUELLES 2025 - EN EUROS

Composition familiale	ÂGE DE L'OUVRANT DROIT			
	moins 30 ans	30-39 ans	40-49 ans	50 ans et plus
1 adulte	26,70	30,70	32,70	32,70
1 adulte + 1 enfant	32,70	32,70	32,70	32,70
1 adulte + 2 enfants et +	32,70	32,70	32,70	32,70
2 adultes	51,30	58,30	65,30	65,30
2 adultes + 1 enfant	62,30	65,30	65,30	65,30
2 adultes + 2 enfants et +	65,30	65,30	65,30	65,30

Nota.: le changement de tranche d'âge se fait au 1^{er} janvier suivant la date d'anniversaire.

ANNEXE 2. **GRILLE DES PRESTATIONS 2025**

Offre respectant le Contrat Responsable	SURCO AIR FRANCE	JUSTIFICATIFS À FOURNIR
■ SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultation Dentiste	30 % BRSS	Reçu du TM et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Consultation, visite Généraliste OPTAM et OPTAM-CO	40 % BRSS	
Consultation, visite Généraliste non OPTAM et non OPTAM-CO	40 % BRSS	
Consultation, visite Spécialiste OPTAM et OPTAM-CO	45 % BRSS	
Consultation, visite Spécialiste non OPTAM et non OPTAM-CO	45 % BRSS	
Consultation Médecin non conventionné (secteur 3)	0	
Majoration visite, nuit, dimanche	0	
Petite chirurgie, anesthésie, échographie (ATM, ADA, ADC, KC, ADE) - médecin OPTAM et OPTAM-CO	100 % BRSS	Reçu du TM et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Petite chirurgie, anesthésie, échographie (ATM, ADA, ADC, KC, ADE) - médecin non OPTAM et non OPTAM-CO	65 % BRSS	
Radiologie		
Radiologie OPTAM	30 % BRSS	Reçu du TM et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Radiologie non OPTAM	10 % BRSS	
Honoraires paramédicaux	30 % BRSS	
Analyse et examens de laboratoire		
Biologie - Analyse remboursée Sécurité sociale	30 % BRSS	Reçu du TM et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Biologie - Analyse non remboursée Sécurité sociale	0	
Autres médecines		
Forfait commun aux consultations ostéopathes / chiropracteurs / étioopathes / médecins acupuncteurs / psychologues adultes / diététiciens / pédicures podologues non prises en charge par la Sécurité sociale	35 € limite 8 séances tous les 2 ans*	Facture acquittée
Psychologues / psychomotriciens / ergothérapeutes pour enfants de moins de 18 ans (et sans limite d'âge pour les enfants handicapés)	25 € limite 25 séances/an*	
Matériel médical		
Appareillage (orthèses, prothèses remboursées SS, pansements, accessoires...)	300 % BRSS	Reçu du TM et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)

* Hors équipement lunettes et aides auditives, les forfaits/limitations exprimés par an, font référence à l'année civile.

** Le panier prothétique aux "tarifs maîtrisés" comprend des soins prothétiques dentaires aux tarifs encadrés pour assurer un reste à charge modéré.

*** Délais de renouvellement pour les équipements optiques acquis en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres) :

- à partir de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement (verres ou monture) pour le renouvellement d'un équipement optique complet (verres et monture) ;

- à partir de la date d'acquisition de l'élément (verres ou monture) en cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement (verres ou monture).

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (ou tarifs négociés avec les professionnels de santé). **TM** : Ticket Modérateur (delta entre la BRSS et le remboursement réel de l'Assurance maladie dans le cadre du parcours de soins) ex. BRSS d'une consultation généraliste : 26,50 € prise en charge réelle SS 70 % de 26,50 € - TM : 7,95 €.

OPTAM et OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les Chirurgiens et les Obstétriciens.

■ HOSPITALISATION



Forfait journalier

Honoraires

Honoraires chirurgien, anesthésiste, obstétricien, Acte Technique Médical (ADC, ADA, ACO, ATM) - médecin OPTAM et OPTAM-CO	200 % BRSS	Facture AMC (ou équivalent) et note d'honoraires pour les dépassements
Honoraires chirurgien, anesthésiste, obstétricien, Acte Technique Médical (ADC, ADA, ACO, ATM) - médecin non OPTAM et non OPTAM-CO	0	
Honoraires chirurgien, anesthésiste, obstétricien (ADC, ADA, ACO) Secteur 3	0	
Participation forfaitaire (ex-ligne franchise 18 €)	0	

Autres remboursements liés à l'hospitalisation

Frais de séjour	0	
Chambre particulière médecine / chirurgie / obstétrique / psychiatrique	20 €/jour - 60 jours maxi/an*	Facture AMC (ou équivalent)
Frais accompagnement enfant -16 ans	0	
Hébergement de jour	0	
Hospitalisation à domicile	0	
Prix de journée (pour les établissements non conventionnés Sécurité sociale)	0	

■ AIDES AUDITIVES



Acoustique : panier de soins "100 % santé" (classe I) - moins de 20 ans et plus de 20 ans - 2 équipements = 2 oreilles tous les 4 ans*	0	
Aides auditives panier de soins libres (classe II) Aides auditives (jusqu'au 20 ^e anniversaire) : 2 équipements (2 équipements = 2 oreilles) tous les 4 ans*	0	
Aides auditives panier de soins libres (classe II) Aides auditives (au-delà du 20 ^e anniversaire) : 2 équipements (2 équipements = 2 oreilles) tous les 4 ans*	Frais réels sous déduction de la participation Sécurité sociale et de la garantie sociale et dans la limite de 1 700 €/appareil	Si pas de tiers payant : décompte Sécurité sociale et facture acquittée

■ PRÉVENTION



Prévention dentaire : détartrage annuel, scellement des sillons pour les enfants.	50 % BRSS	Décompte Sécurité sociale si pas de télétransmission
---	-----------	--

■ CURES



Cures remboursées SS	170 €/cure	Facture acquittée, attestation de cure et décompte Sécurité sociale si pas de télétransmission
----------------------	------------	--

■ DENTAIRE



Soins

Soins conservateurs (SC)	50 % BRSS	Reçu du TM et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Chirurgie dentaire (DC)	50 % BRSS	
Parodontologie remboursée SS	Forfait de 50 €/an*	Décompte Sécurité sociale et facture acquittée
Endodontie remboursée SS	Forfait de 50 €/an*	
Parodontologie/endodontie non remboursée SS	Forfait de 50 €/an*	Facture acquittée avec mention "HN"
Inlay onlay coté en soins	100 % BRSS	Décompte Sécurité sociale et facture acquittée

Prothèses autres que "100 % santé" (y compris ceux relevant du panier de soins "aux tarifs maîtrisés"**)

Actes soumis à un plafonnement annuel*

Bridge 3 éléments	360 €	Décompte Sécurité sociale et facture acquittée
Couronne et inter sur dents visibles	120 €	
Couronne et inter sur dents non visibles	120 €	
Inlay core et inlay core à clavette	50 €	
Appareil amovible résine transitoire remboursé SS	100 €	
Appareil amovible résine définitif de 9 dents et + remboursé SS	100 €	
Appareil amovible définitif - stellite	200 €	
Autre prothèse codifiée et remboursée SS	150 % BRSS	
Codifiées et non remboursées SS (couronne, inter de bridge et inlay core)	0	
Couronne sur implant	120 €	
Couronne transitoire remboursée SS	0	
Prothèses restauratrices maxillo-faciales (y compris gouttière d'occlusion) remboursées SS	0	
Implantologie (limite 3 implants par an*)	Racine 100 € + pilier 50 €	
Soulèvement des sinus dans le cadre de l'implantologie	300 €/an*	
	Forfait annuel* 1 500 € maxi	
Scanner pré-implantaire	0	

Frais d'orthopédie dento-facial ou de traitement d'orthodontie

Remboursés SS	150 % BRSS (290,25 €/semestre)	Facture acquittée (avec mention "HN" si non remboursée Sécurité sociale) avec date de début et fin de semestre et décompte Sécurité sociale si pas de télétransmission
Non remboursés SS	350 % BRSS	
Autres actes d'orthodontie remboursés SS	150 % BRSS	
Contention pour soins remboursés SS	241,87 €/an*	
Contention pour soins non remboursés SS	350 % BRSS	

* Hors équipement lunettes et aides auditives, les forfaits/limitations exprimés par an, font référence à l'année civile.

** Le panier prothétique aux "tarifs maîtrisés" comprend des soins prothétiques dentaires aux tarifs encadrés pour assurer un reste à charge modéré.

*** Délais de renouvellement pour les équipements optiques acquis en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres) :

- à partir de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement (verres ou monture) pour le renouvellement d'un équipement optique complet (verres et monture) ;
- à partir de la date d'acquisition de l'élément (verres ou monture) en cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement (verres ou monture).

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (ou tarifs négociés avec les professionnels de santé). **TM** : Ticket Modérateur (delta entre la BRSS et le remboursement réel de l'Assurance maladie dans le cadre du parcours de soins) ex. BRSS d'une consultation généraliste : 26,50 € prise en charge réelle SS 70 % de 26,50 € - TM : 7,95 €.

OPTAM et OPTAM-CO : Option Pratique TARifaire Maîtrisée et Option Pratique TARifaire Maîtrisée pour les Chirurgiens et les Obstétriciens.

■ OPTIQUE : application de la grille optique ci-après



Délais de renouvellement (décompte en année glissante, à partir de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire***)

- tous les 24 mois pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus

- tous les 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans

- tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Possibilités de renouvellement anticipé dans les conditions prévues par la réglementation

Équipements optiques autres que "100 % santé" (verres de Classe B)	Voir grille optique (remboursements applicables hors ou dans le réseau Santéclair)	Si pas de tiers payant : facture acquittée, prescription médicale et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Prestation adaptation verres de classe B	0	
Équipements optiques mixtes (équipement composé d'une monture appartenant à la classe A ("100 % santé") et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement)	Voir grille optique (remboursements applicables hors ou dans le réseau Santéclair)	
Lentilles (forfaits non cumulables)		
Remboursées par la SS	25 €/œil/an	Si pas de tiers payant : facture acquittée, prescription médicale et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Non remboursées par la SS	25 €/œil/an	Facture acquittée avec la mention "non remboursées SS" et la prescription médicale
Autres remboursements optiques		
Chirurgie réfractive des yeux (condition d'âge : à partir de 22 ans / conditions de dioptries : 1,50 à 10,00 en + ou en -)	400 €/œil	Si pas de tiers payant : prescription médicale et facture acquittée
Loupe électronique : (patient atteint de DMLA) 1 remboursement dans la vie du contrat	100 €	Prescription médicale et facture acquittée
Suppléments optiques et matériels acceptés SS	0	

* Hors équipement lunettes et aides auditives, les forfaits/limitations exprimés par an, font référence à l'année civile.

** Le panier prothétique aux "tarifs maîtrisés" comprend des soins prothétiques dentaires aux tarifs encadrés pour assurer un reste à charge modéré.

*** Délais de renouvellement pour les équipements optiques acquis en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres) :

- à partir de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement (verres ou monture) pour le renouvellement d'un équipement optique complet (verres et monture) ;

- à partir de la date d'acquisition de l'élément (verres ou monture) en cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement (verres ou monture).

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (ou tarifs négociés avec les professionnels de santé). **TM** : Ticket Modérateur (delta entre la BRSS et le remboursement réel de l'Assurance maladie dans le cadre du parcours de soins) ex. BRSS d'une consultation généraliste : 26,50 € prise en charge réelle SS 70 % de 26,50 € - TM : 7,95 €.

OPTAM et OPTAM-CO : Option Pratique TARifaire Maîtrisée et Option Pratique TARifaire Maîtrisée pour les Chirurgiens et les Obstétriciens.

ANNEXE 3. **GRILLE OPTIQUE 2025**

Correspondance des verres au sens du contrat responsable		LPP* Classe B	Classification au sens des niveaux Santéclair	SURCO AIR FRANCE
■ VERRE UNIFOCAL				
Verres simple foyer sphériques				
Sphère de -6,00 à +6,00	Simple (a)	2264803	101	30 €
		2225329	101	30 €
		2288353	102	30 €
		2258895	101	30 €
		2293555	101	30 €
		2200335	102	30 €
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00	Complexe (c)	2233033	103	30 €
		2292053	104	40 €
		2241162	104	40 €
		2203486	103	30 €
		2234044	104	40 €
		2237947	104	40 €
Verres simple foyer sphéro-cylindriques				
Sphère de -6,00 à 0 et Cylindre < ou = + 4,00	Simple (a)	2208756	101	30 €
		2209460	101	30 €
		2218542	102	30 €
Sphère > 0 et somme S (Sphère + Cylindre) < ou = 6,00	Simple (a)	2229824	101	30 €
		2262678	101	30 €
		2281598	102	30 €
Sphère > 0 et somme S (Sphère + Cylindre) > 6,00	Complexe (c)	2247041	103	30 €
		2241529	103	30 €
		2249152	104	40 €
Sphère de -6,00 à 0 et Cylindre > 4,00	Complexe (c)	2211190	103	30 €
		2210983	103	30 €
		2243920	103	30 €
Sphère < -6,00 et dont le Cylindre est > ou = 0,25	Complexe (c)	2286800	103	30 €
		2257447	104	40 €
		2255856	104	40 €
		2276048	103	30 €
		2224778	104	30 €
		2224287	104	30 €

* LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables par l'Assurance maladie.

** Adulte = à partir de 16 ans, Enfant = moins de 16 ans.

Correspondance des verres au sens du contrat responsable		LPP* Classe B	Classification au sens des niveaux Santéclair	SURCO AIR FRANCE
■ VERRE PROGRESSIF ET MULTIFOCAL				
Verres multifocaux ou progressifs sphériques				
Sphère de -4,00 à +4,00	Complexe (c)	2267552	111	60 €
		2234788	111	60 €
		2279650	111	60 €
		2226910	111	60 €
		2263494	111	60 €
		2240323	111	60 €
		2224732	111	60 €
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	Très complexe (f)	2222118	111	60 €
		2214515	112	50 €
		2266989	112	50 €
		2220088	114	50 €
		2268505	114	50 €
		2251924	112	50 €
		2205321	112	50 €
		2264401	114	50 €
		2267492	114	50 €
		2297263	112	50 €
		2295525	112	50 €
		2241742	114	50 €
		2269516	114	50 €
		2219062	112	50 €
		2202430	112	50 €
		2256420	114	50 €
2293414	114	50 €		
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques				
Sphère de -8,00 à 0 et Cylindre < ou = + 4,00	Complexe (c)	2288695	111	60 €
		2291674	111	60 €
		2213711	112	50 €
		2259340	112	50 €
		2203948	111	60 €
		2230750	111	60 €
		2210434	112	50 €
Sphère > 0 et somme S (Sphère + Cylindre) < ou = 8,00	Complexe (c)	2208064	112	50 €
		2215213	111	60 €
		2234021	111	60 €
		2297530	112	50 €
		2222176	112	50 €
		2292277	111	60 €
		2269692	111	60 €
		2210109	112	50 €
2226926	112	50 €		

Correspondance des verres au sens du contrat responsable		LPP* Classe B	Classification au sens des niveaux Santéclair	SURCO AIR FRANCE
Sphère > 0 et somme S (Sphère + Cylindre) > 8,00	Très complexe (f)	2215503	113	50 €
		2284697	114	50 €
		2257750	113	50 €
		2285099	114	50 €
Sphère de -8,00 à 0 et Cylindre > + 4,00	Très complexe (f)	2212025	113	50 €
		2229155	113	50 €
		2291065	113	50 €
		2282920	113	50 €
		2260691	113	50 €
		2240850	113	50 €
		2253834	113	50 €
		2245941	113	50 €
		2265412	114	50 €
Sphère < -8,00 et dont le Cylindre est > ou = 0,25	Très complexe (f)	2218849	114	50 €
		2299925	114	50 €
		2243623	114	50 €
		2288502	114	50 €
		2217809	114	50 €
		2242760	114	50 €
		2270583	114	50 €
■ VERRE NEUTRE				
Verre neutre	Simple	2291480	101	30 €
■ MONTURE				
Monture adulte** (non renouvelée de manière anticipée)				0 €
Monture enfant** (non renouvelée de manière anticipée)				0 €
Monture renouvelée de manière anticipée adulte				0 €
Monture renouvelée de manière anticipée enfant				0 €

* LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables par l'Assurance maladie.

** Adulte = à partir de 16 ans, Enfant = moins de 16 ans.

ANNEXE 4. LISTE DES ORGANISMES RATTACHÉS AU CONTRAT SOCLE AIR FRANCE ET POUVANT BÉNÉFICIER DE LA SURCOMPLÉMENTAIRE

- AF-KLM
- Association Jérémy
- Quali-Audit
- SNPL-France ALPA
- SNPNC
- SODESI
- SODEXI
- SPAF
- Aéro Club AF (ACAF)
- Tal Aviation

CENTRE DE GESTION MNPAF
28039 Chartres CEDEX
Tél. 01 46 381 381

Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

Votre espace adhérent sur

www.mnpaf.fr



aéma
G R O U P E



statuts



JANVIER
2025



SOMMAIRE

■ FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	
FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE	P. 3
Articles 1 à 4	
CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION	P. 4
○ SECTION I - CONDITIONS D'ADHÉSION	P. 4
Articles 5 à 8	
○ SECTION II - RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION	P. 4
Articles 9 à 12	
■ ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	
ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	P. 5
○ SECTION I - COMPOSITION ET MODALITÉS DES ÉLECTIONS	P. 5
Articles 13 à 17	
○ SECTION II - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	P. 5
Articles 18 à 26	
CONSEIL D'ADMINISTRATION	P. 7
○ SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTION	P. 7
Articles 27 à 33	
○ SECTION II - RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	P. 7
Articles 34 à 36	
○ SECTION III - COMPÉTENCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	P. 8
Articles 37 à 38	
○ SECTION IV - STATUT DES ADMINISTRATEURS	P. 8
Articles 39 à 42	
PRÉSIDENT ET BUREAU	P. 9
○ SECTION I - ÉLECTION ET MISSION DU PRÉSIDENT	P. 9
Articles 43 à 45	
○ SECTION II - ÉLECTION ET COMPOSITION DU BUREAU	P. 9
Articles 46 à 53	
ORGANISATION FINANCIÈRE	P. 10
○ SECTION I - RECETTES ET DÉPENSES	P. 10
Articles 54 à 55	
○ SECTION II - RÈGLES PRUDENTIELLES ET PLACEMENTS	P. 10
Articles 56 à 60	
○ SECTION III - COMMISSION DE CONTRÔLE, COMITÉ D'AUDIT ET DE SURVEILLANCE ET COMMISSAIRES AUX COMPTES	P. 11
Articles 61 à 62	
○ SECTION IV - FONDS D'ÉTABLISSEMENT	P. 11
Article 63	
■ ORGANES MUTUALISTES	
Article 64	P. 11
■ DISPOSITIONS DIVERSES	
Article 65	P. 11

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1

DÉNOMINATION

Il est institué une Mutuelle dénommée Mutuelle Nationale des Personnels Air France (MNPAF), personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le Code de la Mutualité et notamment les dispositions du livre II ainsi que par les présents Statuts.

Elle est immatriculée auprès du répertoire SIRENE sous le numéro 379 718 653.

La MNPAF est désignée dans les présents Statuts par le terme la "Mutuelle".

ARTICLE 2

SIÈGE SOCIAL

La MNPAF a son siège social établi :

Bâtiment URANUS
3 place de Londres
CS 11692 Tremblay-en-France
95725 ROISSY CH. DE GAULLE CEDEX

ARTICLE 3

OBJET

De manière générale, et conformément à l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité, la MNPAF mène, dans l'intérêt de ses adhérents, 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.

L'activité principale de la MNPAF est une activité d'assurance de complémentaire santé. Elle est agréée par le Ministre chargé de la Mutualité pour assurer directement les opérations relevant des branches d'activité suivantes :

- a. accident (branche 1) ;
- b. maladie (branche 2).

La Mutuelle met également en œuvre à titre accessoire en application de l'article L. 111-1- III du Code de la Mutualité, une action sociale ayant notamment pour objet d'assurer la prévention de certains risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie et la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou handicapées. Les aides sont financées dans le cadre du fonds social prévu à l'article 64 des Statuts. Elles sont accordées dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration.

Elle peut, sur décision de son Assemblée Générale, créer ou adhérer à une union ou une fédération de mutuelles, une union de groupe mutualiste (UGM), une union mutualiste de groupe (UMG), ou à une Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale (SGAPS) ou à un groupement d'Assurance Mutuelle (GAM) ou s'affilier à une société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM). La société de groupe d'assurance mutuelle ou l'Union Mutualiste de Groupe peut disposer d'un pouvoir de contrôle et de sanction à l'égard de la MNPAF en fonction de la convention d'affiliation retenue. La société de groupe d'assurance mutuelle ou l'Union Mutualiste de Groupe peut également convoquer l'Assemblée générale de la MNPAF et y proposer l'élection de nouveaux administrateurs.

La Mutuelle se conforme à un système de gestion des risques groupe et à un système de contrôle centralisé, sous réserve de la prise en compte des spécificités.

Ce système comprend notamment :

- o un mécanisme de co-instruction incluant une revue ou validation technique et un processus décisionnel et d'autorisation conformément aux dispositions de la convention d'affiliation conclue entre la Mutuelle et l'UMG Aésio d'une part et l'UMG Aésio et la SGAM Aéma Groupe d'autre part par la Société de Groupe d'Assurance Mutuelle ou de l'Union Mutualiste de Groupe dans les conditions prévues dans leurs statuts ;
- o l'adoption de politiques écrites applicables à l'ensemble des entreprises du groupe ainsi que l'adoption des spécificités éventuelles ;
- o la désignation de fonctions clés (fonction clé gestion des risques, fonction clé vérification de la conformité, fonction clé audit interne et fonction clé actuarielle) conformément aux dispositions prévues dans les statuts de la Société de Groupe d'Assurance Mutuelle Aéma Groupe et de l'Union Mutualiste de Groupe Aésio, auxquelles la Mutuelle s'engage à communiquer tout tableau de bord, éléments financiers, rapports et autres documents nécessaires à leurs missions ;
- o un mécanisme de maîtrise des risques groupe contribuant à la prise de décisions éclairées et à la cohérence de leur mise en œuvre opérationnelle.

La Mutuelle peut conclure tout partenariat tendant à faciliter, à développer et à améliorer ses garanties.

La Mutuelle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance. La Mutuelle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

La Mutuelle peut déléguer de manière totale ou partielle la gestion des contrats collectifs dont elle est assureur.

Elle peut accepter les engagements mentionnés au L. 111-1 du Code de la Mutualité en réassurance. Elle peut se substituer à d'autres mutuelles ou unions dans les conditions définies à l'article L. 211-5 du même code.

ARTICLE 4

RÈGLEMENTS MUTUALISTES

ET CONTRATS COLLECTIFS

Pour les opérations individuelles, les Règlements Mutualistes définissent le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les Règlements Mutualistes sont adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

Pour chaque opération collective, les droits et obligations des parties et des membres participants sont définis dans le contrat collectif conclu par la personne morale auprès de la mutuelle.

Tous les adhérents sont tenus de se conformer aux Statuts.

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

SECTION I. CONDITIONS D'ADHÉSION

ARTICLE 5

CATÉGORIE DE MEMBRES

PARTICIPANTS

La Mutuelle se compose de membres participants, personnes physiques, qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

À leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

ARTICLE 6

CATÉGORIES D'AYANTS DROIT

- o Sont ayants droit à titre gratuit les enfants remplissant les conditions inscrites aux Règlements Mutualistes.
- o Sont ayants droit à titre onéreux :
 - le conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS remplissant les conditions mentionnées aux Règlements Mutualistes ;
 - les enfants remplissant les conditions mentionnées aux Règlements Mutualistes.

Les ayants droit de plus de 16 ans ont la possibilité de percevoir à titre personnel les prestations de la mutuelle.

ARTICLE 7

ADHÉSION COLLECTIVE

Adhésion collective et obligatoire

L'adhésion est collective et obligatoire quand, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat souscrit par un employeur, l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise ou d'une décision unilatérale de l'employeur, de s'affilier à la mutuelle.

Adhésion collective et facultative

L'adhésion est collective et facultative quand, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par un employeur ou une personne morale, des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale adhèrent librement à la mutuelle.

ARTICLE 8

ADHÉSION INDIVIDUELLE

Toute personne qui souhaite être membre de la mutuelle à titre individuel fait acte d'adhésion. La mutuelle met gratuitement à sa disposition une copie des statuts et règlements de la mutuelle.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par les Règlements Mutualistes.

SECTION II. DÉMISSION, RADIATION ET EXCLUSION

ARTICLE 9

DÉMISSION

La résiliation par le membre participant des garanties contenues dans un règlement ou un contrat collectif s'effectue dans les conditions, formes et délais fixés par ce règlement ou ce contrat.

Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation entraîne la perte de la qualité de membre participant.

ARTICLE 10

RADIATION

En cas de non-paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la Mutuelle peut en application des dispositions des articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-13 et L. 221-14 du Code de la Mutualité résilier les garanties contenues dans un règlement ou un contrat collectif dans les conditions, formes et délais fixés par ce règlement ou ce contrat.

Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation entraîne la perte de la qualité de membre participant.

ARTICLE 11

EXCLUSION

Dans les contrats individuels et collectifs facultatifs, peuvent être exclus les membres participants qui auraient causé aux intérêts de la Mutuelle un préjudice volontaire dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour l'un de ces motifs 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 avec accusé de

réception. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 12

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

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues aux règlements ou contrat.

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I. COMPOSITION ET MODALITÉS DES ÉLECTIONS

ARTICLE 13

COMPOSITION

L'Assemblée Générale est composée de délégués élus par des sections de vote visées à l'article 16.

Les délégués à l'assemblée générale sont répartis en deux sections :

- le collège des délégués représentant les membres relevant de l'adhésion collective ;
- le collège des délégués représentant les membres relevant de l'adhésion individuelle.

ARTICLE 14

LES SECTIONS DE VOTE

Tous les membres participants sont répartis en sections de vote.

ARTICLE 15

ÉLECTIONS DES DÉLÉGUÉS

Les membres de chaque section élisent parmi eux les délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Les délégués sont élus pour cinq ans.

Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret suivant le mode de scrutin de liste et à un seul tour, avec représentation proportionnelle, sans vote préférentiel, ni panachage.

L'élection des délégués se déroule par correspondance et par vote électronique, dans les conditions prévues à l'article R. 114-1 du Code de la Mutualité.

Des délégués suppléants sont élus dans les conditions fixées à l'article 17 des présents statuts.

ARTICLE 16

NOMBRE DE DÉLÉGUÉS TITULAIRES

L'Assemblée Générale est composée des délégués des sections à raison d'un délégué pour 850 membres.

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

Un règlement ad hoc précise par ailleurs l'organisation et le déroulement du processus électoral.

ARTICLE 17

DÉLÉGUÉS SUPPLÉANTS

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou tout autre cause d'un délégué de section, son remplacement est assuré par un délégué suppléant présenté sur la même liste.

À défaut de délégué suppléant élu sur la même liste, il est procédé avant la prochaine Assemblée Générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué titulaire qui achève le mandat de son prédécesseur.

L'actif appelé à faire valoir ses droits à la retraite achève son mandat dans la section où il a été élu, sous réserve de son adhésion à titre individuel.

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

SECTION II. RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 18

CONVOCATION ANNUELLE

OBLIGATOIRE

L'Assemblée Générale se réunit, au minimum, une fois par an sur convocation obligatoire du Président du Conseil d'Administration.

ARTICLE 19

AUTRES CONVOCATIONS

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs du Conseil ;
- les commissaires aux comptes ;
- l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant ;
- un administrateur provisoire nommé par l'ACPR mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
- les liquidateurs, nommés par une instance judiciaire en cas de faillite de la Mutuelle ;

- l'Union Mutualiste de Groupe à laquelle la Mutuelle s'affilie ainsi que la SGAM Aéma Groupe, à laquelle la Mutuelle est sous-affiliée, en cas de mise en œuvre du mécanisme de solidarité financière ou des pouvoirs de sanction conformément à la convention d'affiliation et dans les conditions prévues par les statuts de l'UMG à laquelle la Mutuelle est affiliée et la SGAM Aéma Groupe.

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

ARTICLE 20

MODALITÉS DE CONVOCATION

La convocation est faite dans les conditions et délais prévus par les décrets d'application.

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

L'Assemblée Générale doit être convoquée, au minimum, 15 jours avant sa réunion et l'ordre du jour doit être joint à la convocation.

ARTICLE 21

ORDRE DU JOUR

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

Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolutions dans les conditions précisées à l'article D. 114-6 du Code de la Mutualité.

Les questions demandées au moins cinq jours avant la réunion de l'Assemblée Générale par le quart au moins des délégués seront obligatoirement soumises à cette assemblée générale.

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

Elle peut, en toutes circonstances, 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

ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE

GÉNÉRALE

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

L'Assemblée Générale de la Mutuelle est appelée à se prononcer sur :

- o les modifications des Statuts ;
- o les activités exercées ;
- o le montant du fonds d'établissement ;
- o les montants ou taux de cotisation, les prestations offertes, ainsi que sur les Règlements Mutualistes ;
- o l'affiliation et le retrait de la Mutuelle à l'une des structures mentionnées à l'article 3 des présents statuts, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et 111-4 du Code de la Mutualité ;
- o le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- o le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la Mutualité ;
- o le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre la Mutuelle et d'autres mutuelles ou unions auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 du Code de la Mutualité ;
- o les emprunts relevant de sa compétence dans les conditions fixées par décret ;
- o les indemnités allouées aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées et qui, pour l'exercice de leurs fonctions, doivent cesser tout ou partie de leur activité professionnelle ;
- o le rapport présenté par la Commission de Contrôle prévu à l'article 61 des présents Statuts ;
- o toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale procède :

- o à l'élection des membres de la Commission de Contrôle ;
- o à la désignation, après chaque élection des membres de toute commission, comité de gestion, ou autre instance qu'elle entend constituer et notamment les membres de la Commission Fonds social ;

- o à la nomination des commissaires aux comptes ;
- o aux délégations de pouvoir prévues à l'article 25 des présents Statuts ;
- o à la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle.

Nota : les débats font l'objet d'une transcription et peuvent être enregistrés.

ARTICLE 23

VOTE PAR PROCURATION

ET VOTE ÉLECTRONIQUE

En cas d'impossibilité d'assister à l'assemblée générale, les délégués peuvent voter par procuration. Un représentant ne peut recueillir plus d'une procuration.

Les délégués peuvent également être autorisés, sur délibération du Conseil d'Administration, à voter par voie électronique, conformément à l'article L. 114-13 alinéa 3 du Code de la Mutualité.

Le vote électronique est réalisé par des moyens techniques garantissant le secret du vote et la sincérité du scrutin.

ARTICLE 24

MODALITÉS DE VOTE

DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des Statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, les délégations de pouvoir prévues 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.

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

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

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 ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

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

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

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 afférentes aux opérations individuelles, au Conseil d'Administration.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

Le Conseil d'Administration rend compte des décisions prises en application de cette délégation à la prochaine Assemblée Générale.

ARTICLE 26

FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS

DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres participants sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et du Code de la Mutualité.

Les modifications des montants ou taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I. COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 27

COMPOSITION

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de 24 administrateurs.

En cas de mise en œuvre du mécanisme de solidarité financière, et conformément aux statuts de l'UMG Aésio à laquelle la Mutuelle est affiliée, et de la SGAM Aéma Groupe à laquelle l'UMG Aésio est affiliée, un représentant de la SGAM Aéma Groupe et un représentant de l'UMG Aésio pourront, à la demande de ces dernières, participer au Conseil d'Administration de la Mutuelle, cette participation étant assortie :

- o du droit de proposition de mesures correctrices au Conseil d'Administration de la Mutuelle ;
- o de la possibilité de demander l'inscription de résolutions à une prochaine Assemblée Générale de la Mutuelle.

Dans ce cadre, le représentant de l'UMG Aésio et le représentant de la SGAM Aéma Groupe pourront également participer aux Assemblées Générales de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration de la SGAM Aéma Groupe peut désigner un invité permanent, au titre de la SGAM Aéma Groupe, au sein du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Par ailleurs, sur proposition du Conseil d'Administration, toute nomination ou tout renouvellement de dirigeant effectif et de responsable de fonction clé au sein de la Mutuelle sont soumis à l'approbation du Conseil d'Administration de la SGAM Aéma Groupe.

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration de la Mutuelle est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes. En conséquence, tout renouvellement partiel ou total du Conseil d'Administration intervenant à compter du 1^{er} janvier 2021 doit viser à garantir au sein du Conseil d'Administration une part minimale de sièges pour les personnes de chaque sexe, au moins égale à quarante pour cent (40 %) du nombre total d'administrateurs.

En conséquence, lors de toute élection d'administrateurs, il conviendra, sauf insuffisance de candidatures de l'un des sexes, que chaque votant élise un nombre d'administrateurs de chaque sexe au moins égal à 40 % du nombre de postes à pourvoir.

Le Conseil d'Administration est composé de membres participants. Le Conseil d'Administration ne peut être composé pour plus

de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeant ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 28

PRÉSENTATION DES CANDIDATURES

L'appel à candidature pour l'élection des administrateurs est publié dans le magazine Escalé Santé envoyé aux membres participants soit par voie postale soit par voie électronique pour les membres participants qui ont accepté l'usage de ce moyen.

La déclaration de candidature doit être effectuée au moyen d'un imprimé prévu à cet effet fourni sur simple demande.

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception ou e-mail reçus au moins soixante-quinze jours avant la date de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 29

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Les membres sont élus parmi les membres participants.

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

- o être âgés de 18 ans révolus au plus tard la veille à minuit de l'élection ;
- o ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ;
- o n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

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

ARTICLE 30

MODALITÉS DE L'ÉLECTION

Les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletin secret par l'Assemblée Générale, au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

Dans le cas où plusieurs candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

ARTICLE 31

DURÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour 6 ans.

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de 5 conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations.

Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction de cumul de mandat interdit, doit, dans les trois mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats.

À l'expiration de ce délai, elle est réputée démise de son mandat le plus récent, sans que soit remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

ARTICLE 32

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 après prise en compte du volontariat, à un tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Les membres sortants sont rééligibles.

ARTICLE 33

VACANCE

En cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'ACPR en application de l'article L. 612-23-1 du Code Monétaire et Financier ; il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le Conseil d'Administration avant la réunion de l'Assemblée Générale.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée Générale.

Si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'est pas ratifiée par l'Assemblée Générale, cela n'entraîne pas la nullité des délibérations auxquelles a pris part cet administrateur.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'Assemblée Générale achève le mandat de son prédécesseur.

SECTION II. RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 34 RÉUNIONS

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président 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 au moins avant la date de réunion sauf en cas d'urgence.

Le dirigeant opérationnel participe de droit aux réunions du Conseil d'Administration.

Conformément aux conditions prévues dans les statuts de l'UMG à laquelle la Mutuelle s'affilie ainsi que la SGAM Aéma Groupe et les conventions d'affiliation en cas de mise en œuvre de la solidarité financière ou des pouvoirs de sanction de la SGAM Aéma Groupe et de l'UMG Aésio, un représentant de la Société de Groupe d'Assurance Mutuelle Aéma Groupe et de l'Union Mutualiste de Groupe Aésio pourront, à leur demande, participer au Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Cette participation étant assortie :

- o de propositions de mesures correctrices au Conseil d'Administration de la Mutuelle ;
- o de la possibilité de demander l'inscription de résolutions à une prochaine Assemblée Générale de la Mutuelle.

Dans ce cadre, le représentant de la Société de Groupe d'Assurance Mutuelle Aéma Groupe et le représentant de l'Union Mutualiste de Groupe Aésio pourront également participer aux Assemblées Générales de la Mutuelle.

ARTICLE 35 DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. La voix du président est prépondérante en cas de partage égal des voix

Il est établi un relevé de décisions de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante. Les débats peuvent faire l'objet d'un enregistrement.

Conformément à l'art L. 114-20 du Code de la Mutualité, sont réputés présents les administrateurs qui participent à la

réunion du conseil par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective, sauf opposition du quart des administrateurs parvenue au siège social au moins 2 jours avant la tenue du CA.

ARTICLE 36 CONSÉQUENCE DE L'ABSENCE SANS MOTIF VALABLE DES ADMINISTRATEURS

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

Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale.

SECTION III. COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 37 ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il adopte le règlement intérieur et procède à sa modification.

Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

Le Conseil d'Administration procède au remplacement des membres des commissions, comité de gestion ad hoc ou autre instance en cas de vacance en cours de mandat, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale la plus proche.

Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition du Président, le Dirigeant opérationnel dans les conditions de l'article L. 211-14 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration adopte annuellement les budgets prévisionnels et arrête les comptes annuels de la Mutuelle à la clôture de chaque exercice.

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration établit également un rapport sur la solvabilité et la situation financière.

ARTICLE 38 DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS

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

Le Conseil consent au Dirigeant opérationnel les délégations de pouvoir nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, la direction effective de la Mutuelle.

SECTION IV. STATUT DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 39 INDEMNITÉS VERSÉES AUX ADMINISTRATEURS ET REMBOURSEMENT DE FRAIS

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L. 114-26 à L. 114-28 et L. 114-31 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants, dans les conditions déterminées par le Code de la Mutualité.

ARTICLE 40 OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération (limitation du cumul à l'article L. 114-23 du Code de la Mutualité).

Ils sont également tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, mêmes non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

Les administrateurs engagent leur responsabilité civile conformément aux termes de l'article L. 114-29 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 41**SITUATIONS ET COMPORTEMENTS
INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS**

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué de la Mutuelle ou de recevoir, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la Mutualité

Les 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 (L. 114-28 du Code de la Mutualité).

Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur (article L. 114-31 du Code de la Mutualité).

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 42**CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES
SOUMISES À AUTORISATION
PRÉALABLE DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION**

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la Mutuelle dans des conditions contraires aux articles L. 114-32 à L. 114-37 du Code de la Mutualité.

PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION I. ÉLECTION ET MISSION DU PRÉSIDENT

ARTICLE 43**ÉLECTION**

Le Président est élu par le Conseil d'Administration pour 2 ans parmi ses membres au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale.

Cette élection a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à un tour. Il est rééligible.

Il peut être révoqué à tout moment par le Conseil d'Administration.

Le Président ne peut exercer, en plus de son mandat de Président, que 4 mandats d'administrateurs dans d'autres organismes dont au plus 2 mandats de Président de Conseil d'Administration d'une fédération, d'une union ou d'une autre mutuelle.

ARTICLE 44**VACANCE**

En cas de décès, démission ou perte de la qualité de membre participant du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-Président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Vice-Président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

ARTICLE 45**MISSIONS DU PRÉSIDENT**

Le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux de celui-ci, dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Le Président informe le Conseil d'Administration des procédures engagées en application de la section 6 et de la section 7 du Chapitre II du titre I du Livre VI du Code Monétaire et Financier.

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

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

Le Président donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage les dépenses.

Il représente la Mutuelle en justice, tant en défense qu'en action, et dans tous les actes de la vie civile.

Il peut être amené à prendre certaines mesures d'urgence en matière de placement sur proposition du Conseil Financier et sous réserve d'en informer dès que possible les membres du Conseil d'Administration.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle, et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Directeur de la Mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

SECTION II. ÉLECTION ET COMPOSITION DU BUREAU

ARTICLE 46**ÉLECTION DU BUREAU**

Les membres du Bureau sont élus, parmi les membres participants administrateurs, pour 2 ans par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale.

Cette élection a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

ARTICLE 47**COMPOSITION DU BUREAU**

Le Bureau est composé de 8 membres dont :

- un Président ;
- deux Vice-Présidents ;
- un Secrétaire Général ;
- deux Secrétaires Généraux adjoints ;
- un Trésorier ;
- un Trésorier adjoint.

ARTICLE 48**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 trois jours au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au bureau [dont les salariés] à assister aux réunions du bureau. Le Bureau délibère sur cette présence.

Il est établi un relevé de décisions de chaque réunion qui est approuvé par le Bureau lors de la séance suivante.

ARTICLE 49**LE RÔLE DES VICE-PRÉSIDENTS**

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle peut élire un ou plusieurs Vice-Présidents.

Le ou les Vice-Présidents secondent le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 50**LE RÔLE DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL**

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

Le Secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Dirigeant opérationnel ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 51**LE RÔLE DES SECRÉTAIRES GÉNÉRAUX ADJOINTS**

Les Secrétaires généraux adjoints secondent le Secrétaire général.

En cas d'empêchement de celui-ci, l'un d'eux supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 52**LE RÔLE DU TRÉSORIER**

Le Trésorier effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité. Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

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

Le Trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier, à des membres du Bureau, au Dirigeant opérationnel ou à des salariés de la Mutuelle, 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 53**LE RÔLE DES TRÉSORIERES ADJOINTES**

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

ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION I. RECETTES ET DÉPENSES

ARTICLE 54**RECETTES**

Les recettes de la Mutuelle comprennent :

1. les cotisations et les rappels éventuellement nécessaires ;
2. les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
3. plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, et en particulier, les subventions d'exploitation des employeurs et Comité d'Entreprise permises par accord d'entreprise.

ARTICLE 55**DÉPENSES**

Les dépenses 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. une participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination ;
5. une contribution prévue à l'article L. 612, 20° du Code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) pour l'exercice de ses missions ;
6. plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

Les dépenses de la Mutuelle sont engagées par le Président et payées par le Trésorier ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues à l'article 52 des présents Statuts.

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

SECTION II. RÈGLES PRUDENTIELLES ET PLACEMENTS

ARTICLE 56**GARANTIE DES ENGAGEMENTS**

La Mutuelle constitue des provisions techniques dont le niveau lui permet d'assurer le règlement intégral de ses engagements. Ces provisions techniques figurent au nombre des engagements réglementés.

La Mutuelle détient des actifs d'un montant au moins équivalent aux engagements réglementés, dont elle doit, à tout moment, justifier une évaluation.

Les actifs permettant à la Mutuelle d'exercer des activités accessoires ne peuvent excéder le montant de son patrimoine libre.

ARTICLE 57**MARGE DE SOLVABILITÉ**

La marge de solvabilité suivant les directives européennes d'assurance, doit être constatée chaque année afin de vérifier que la mutuelle répond aux obligations légales.

Les excédents ou déficits annuels sont affectés aux réserves.

Un fonds de garantie devra également être constitué en conformité avec la réglementation applicable.

ARTICLE 58**PLACEMENTS**

Le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 59**CONSEIL FINANCIER**

Le Conseil Financier éclaire le Conseil d'Administration sur la bonne gestion des actifs de la Mutuelle dans le cadre fixé par le Conseil d'Administration.

La composition et les modalités de fonctionnement du Conseil Financier sont déterminées par le Règlement Intérieur du Conseil Financier.

ARTICLE 60**FONDS DE GARANTIE**

La Mutuelle adhère au Système de Garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (Système Fédéral de Garantie).

SECTION III. COMMISSION DE CONTRÔLE ET COMMISSAIRES AUX COMPTES

ARTICLE 61

COMMISSION DE CONTRÔLE

Une Commission de Contrôle est élue tous les 5 ans par l'Assemblée Générale parmi les délégués non-administrateurs.

Elle est composée de 3 membres ; elle se réunit au moins une fois par an.

Elle vérifie la régularité des opérations comptables, contrôle la tenue de la comptabilité et le portefeuille.

Les résultats de ses travaux sont consignés dans un rapport écrit communiqué au Président du Conseil d'Administration avant l'Assemblée Générale et présenté à celle-ci.

Ce rapport est annexé au procès-verbal de la délibération de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 62

COMMISSAIRE AUX COMPTES

L'Assemblée Générale nomme le Commissaire aux Comptes et son suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de Commerce, sur proposition du Conseil d'Administration, conformément aux dispositions de l'article L. 114-38 du Code de la Mutualité.

La durée de leur mandat est fixée à 6 exercices.

Les attributions du commissaire aux comptes sont les suivantes :

- il 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 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 ;
- il fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) tout renseignement sur l'activité sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- il signale, sans délai, à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) tout fait et décision mentionné à l'article L. 612-44 II du Code monétaire et financier dont il a eu connaissance ;
- il exerce la procédure d'alerte lorsque des faits qu'il a relevés au cours de l'exercice de ses missions sont de nature à compromettre la continuité de l'exploitation, et ce, conformément à l'article L. 114-40 du Code de la Mutualité ;
- il remplit toutes les obligations prévues au Code de la Mutualité applicable à la mutuelle.

SECTION IV. FONDS D'ÉTABLISSEMENT

ARTICLE 63

MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 1,8 million d'euros (un million huit cent mille euros).

ORGANES MUTUALISTES

ARTICLE 64

FONDS SOCIAL

Il est créé un fonds social en vue de mener une aide individuelle en faveur des adhérents de la MNPAF en difficulté.

Une Commission dédiée est en charge de la gestion du Fonds social. Les modalités de fonctionnement de cette Commission sont définies par le Conseil d'Administration dans un règlement ad hoc.

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 65

DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION DE LA MUTUELLE

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

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 24 des présents Statuts à d'autres mutuelles, unions ou fédérations ou au Fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du Code de la Mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la Mutualité.

CENTRE DE GESTION MNPAF
28039 Chartres CEDEX
Tél. 01 46 381 381

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h

Votre espace adhérent sur

www.mnpaf.fr



aéma
G R O U P E