

mutuelle-internet.com

La mutuelle qui donne du temps à vos passions

CONDITIONS GÉNÉRALES

Édition janvier 2021



GROUPE
PAVILLON PRÉVOYANCE

mutuelle-internet.com est géré par Pavillon Prévoyance, union régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, Siren n° 442 978 086 RCS Bordeaux.



CONDITIONS GENERALES MUTUELLE INTERNET

SOMMAIRE

I] Identification

II] Étapes de la souscription en ligne

III] Droit de renonciation

IV] Règlement mutualiste

V] Statuts et Règlement Intérieur

I] Identification

Le site mutuelle-internet.com est géré par Pavillon Prévoyance,
Union régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, Sise 90 avenue Thiers
– CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex
SIREN n°442 978 086
Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 Place de Budapest, CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

Assureur : Solidarité d'Aquitaine,
Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, Sise 90 avenue Thiers
33072 BORDEAUX CEDEX,
SIREN n°781 848 221
Garantie par Pavillon Prévoyance,

Organismes mutualistes membres de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15

II] Étapes de la souscription en ligne

Préalablement à l'établissement d'un devis vous permettant d'obtenir une proposition tarifaire personnalisée, vous pouvez consulter les garanties et les options proposées afin de prendre connaissance de leurs caractéristiques.

Étape 1 : Devis personnalisé

Préalablement à la souscription définitive de votre contrat, vous demandez un devis personnalisé nécessitant les informations suivantes concernant l'adhérent : situation familiale, nombre d'enfants, besoins, et CSP.

La validation de ces informations permet de préconiser les garanties et options les plus adaptées aux besoins déclarés et de calculer le montant de la cotisation.

Le conseil fourni est élaboré à partir des données que vous nous transmettez. La pertinence de notre réponse est donc strictement liée à l'authenticité des informations fournies.

Pour obtenir un devis chiffré, il vous est demandé des informations nominatives indispensables : nom, prénom, sexe, date de naissance, régime social, code postal, mail ou téléphone et date d'adhésion souhaitée.

Le devis fourni indique le montant de la cotisation mensuelle pour la garantie et les options préconisées. Vous pouvez alors, soit choisir de poursuivre avec un conseiller, soit recevoir le devis et les documents précontractuels et contractuels par mail, soit poursuivre l'adhésion en ligne.

Étape 2 : Adhésion en ligne

Dans le cas d'une adhésion en ligne, nous vous communiquons ensuite les conditions générales incluant le Règlement mutualiste de vos garanties et les Statuts, le devoir de conseil, le document d'entrée en relation, la fiche IPID et la fiche garantie.

Pour procéder à l'adhésion en ligne, il vous est demandé de renseigner votre adresse complète, votre numéro de Sécurité sociale, la caisse dont vous dépensez, vos coordonnées bancaires, et de joindre les pièces justificatives, qui peuvent être téléchargées directement sur le site internet ou envoyées par courrier.

Votre acceptation des conditions générales est définitivement acquise lorsque vous avez coché la case prévue à cet effet. A défaut, vous ne pouvez pas accéder à la phase de paiement.

Puis nous vous indiquons le montant total à payer par carte bancaire. Le montant de ce premier paiement correspond à une mensualité de cotisation de vos garanties et options.

Votre adhésion est définitivement enregistrée une fois le paiement en ligne effectué et confirmé.

Étape 3 : Documents contractuels

Une fois le paiement accepté,

- un mail de confirmation avec la liste des pièces justificatives à nous retourner à l'adresse indiquée dans les 10 jours suivant votre adhésion en ligne, vous est adressé.
-

Vous pouvez choisir d'imprimer vos carte(s) mutualiste(s) ou bien les recevoir par courrier à votre demande.

En complétant le bulletin d'adhésion, vous choisissez la date de vos prélèvements entre le 5, le 10 et le 15 de chaque mois. Quelle que soit la périodicité de prélèvement choisie, lorsque vous adhérez en ligne, un mois de cotisation vous est offert.

III] Droit de renonciation

Conformément à l'ordonnance n° 2005-648 du 6 juin 2005 relative à la commercialisation à distance de services financiers auprès des consommateurs, nous vous informons que vous bénéficiez d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires à compter de la date de votre adhésion ou de la réception de votre dossier d'adhésion, si elle est postérieure à la date d'adhésion.

En cas de renonciation, les cotisations encaissées sont restituées sous trente jours, sous déduction des éventuelles prestations déjà versées.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante « Pavillon Prévoyance, Service Relation Adhérents, 90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex ».

Elle peut être faite selon le modèle ci-après : « Je soussigné (NOM, Prénom et adresse), déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance santé que j'ai signé le .././., conformément à l'article L. 221-18-1 du Code de la mutualité et vous prie de bien vouloir procéder au remboursement des cotisations versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre et, pour ma part, je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. Je reconnais également être informé que mes garanties cessent à compter de la réception de la présente par la Mutuelle » Date et signature ».

IV] Règlement mutualiste

Sommaire

1- L'ADHÉSION

- 1.1 *Étendue de l'adhésion*
- 1.2 *Date d'effet de l'adhésion*
- 1.3 *Délai de renonciation*
- 1.4 *Bénéficiaires des garanties*
- 1.5 *Droits d'entrée*
- 1.6 *Les délais d'attente*
- 1.7 *Mise à jour de situation*

2- LES COTISATIONS

- 2.1 *Cotisations – Dispositions générales*
- 2.2 *Appel de cotisation santé*
- 2.3 *Paiement de la cotisation santé*
- 2.4 *Cotisation santé et carte d'adhérent*
- 2.5 *Cotisation santé et droit à prestations*
- 2.6 *Exonération de cotisation santé*
- 2.7 *Cotisation santé et changement de garantie*
- 2.8 *Radiation et remboursement de la cotisation santé*

3- LES PRESTATIONS

- 3.1 *Principe du libre choix*
- 3.2 *Prestations garanties*
- 3.3 *Détermination des prestations santé*
- 3.4 *Prestations liées à la qualification de contrat « Responsable et solidaire »*
- 3.5 *Justificatifs à produire*
- 3.6 *Modalités de versement des prestations santé*
- 3.7 *Exclusions et déchéance de garantie*
- 3.8 *Contrôle médical*
- 3.9 *Recours contre tiers*
- 3.10 *Accidents*
- 3.11 *Prestations versées par un autre organisme*

4- L'ACTION SOCIALE : La commission d'Aide Sociale

5- RÉSILIATION DES GARANTIES SANTÉ

- 5.1 *Résiliation à l'initiative de l'adhérent*
- 5.2 *Résiliation à l'initiative de la Mutuelle*

6- DÉLAI DE PRESCRIPTION

7- TRAITEMENT DES RECLAMATIONS ET MEDIATION

ANNEXE

LES GARANTIES SANTÉ

1- HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE

- 1.1 *Hospitalisation médicale*
- 1.2 *Hospitalisation chirurgicale*

1.3 *Forfait journalier hospitalier*

1.4 *Transport en ambulance*

1.5 *Chambre particulière*

2- SOINS COURANTS

2.1 *Soins courants*

2.2 *Soins courants avec dépassement*

2.3 *Pharmacie : vaccin anti-grippal*

3- DENTAIRE

3.1 *Prothèses dentaires et orthodontie acceptées*

3.2 *Prothèses dentaires et orthodontie refusées*

4- OPTIQUE

5- FORFAITS

5.1 *Prothèses*

5.2 *Forfait orthopédie*

Dentaire

5.3 *Forfait parodontologie et Implantologie*

Optique

5.4 *Forfait basse vision*

5.5 *Chirurgie réfractive*

Bien-être, Prévention et cure thermique

5.6 *Forfaits bien-être & prévention*

5.7 *Cure thermique*

Prestation naissance

5.8 *Forfait naissance*

LES OPTIONS

1- LES OPTIONS SANTÉ

1.1 *Le complément Hospitalisation*

1.1.1 *Chambre particulière*

1.1.2 *Frais d'accompagnant*

1.1.3 *Frais de télévision*

1.2 *L'Option Prévention*

1.3 *L'Option Médecine douce*

2- AUTRES OPTIONS

Le présent règlement mutualiste définit les engagements réciproques entre :
Mutuelle-internet.com, site internet géré par PAVILLON PREVOYANCE,
Ci-après dénommée « la Mutuelle »,
et les adhérents et leurs ayants droit,
Ci-après dénommés « l'adhérent » et « l'ayant droit ».

Les dispositions du présent règlement ne concernent que les garanties et options complémentaire santé de la Mutuelle, ci-après dénommées « **garanties et options santé** ». Les autres options font l'objet de conditions spécifiques.

L'adhérent au sens du présent Règlement est la personne qui bénéficie des garanties et options santé de par son adhésion.

L'ayant droit au sens du présent Règlement est la personne qui bénéficie des garanties et options santé par l'intermédiaire de la personne adhérente.

Le présent règlement peut être modifié par la Mutuelle. L'adhérent et ses ayants droit sont informés des modifications applicables. Compte tenu de la date d'élaboration du présent règlement, tout nouveau texte législatif ou réglementaire s'appliquera de plein droit dès l'instant où il sera d'ordre public.

Précision concernant les adhérents Travailleurs Non-Salariés :

Lorsque la mention « Contrats Loi Madelin » est cochée sur le bulletin d'adhésion, l'adhésion à une garantie entraîne l'adhésion à l'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (A.N.P.P.I.) souscriptrice des garanties. L'adhérent devient ainsi membre de l'A.N.P.P.I. et pourra bénéficier du dispositif de déduction fiscale prévu par la Loi, dit dispositif Loi Madelin, sous réserve du respect des dispositions légales, notamment être à jour du versement de ses cotisations aux régimes d'assurances obligatoires de Sécurité sociale.

1. L'ADHESION

1.1 Etendue de l'adhésion

L'adhésion à la Mutuelle permet à l'adhérent et ses ayants droit de bénéficier, selon les garanties et options santé choisies :

- soit d'une garantie santé seule
- soit d'une garantie santé, complétée par une ou plusieurs options détaillées en annexe du présent règlement.

Les options ne peuvent être souscrites seules. Elles sont toujours souscrites en complément d'une garantie santé.

1.2 Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion est constatée par la signature du bulletin d'adhésion et prend effet au plus tôt à la date de réception par Pavillon Prévoyance du dossier d'adhésion complet ou à une date ultérieure indiquée sur le bulletin d'adhésion. :

Par exception, l'adhésion d'un nouveau-né dans les 2 mois suivant la naissance lui ouvre droit à la couverture de ses dépenses réelles de santé à compter de la naissance.

L'adhésion est viagère. Elle prend fin dans les cas de résiliation de la garantie.

1.3 Délai de renonciation

Dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur, l'adhérent dispose d'un délai légal de rétractation de 14 jours calendaires qui court :

- soit à compter de la date de l'adhésion,
- soit à compter de la réception par l'adhérent de son dossier d'adhésion, si elle est postérieure à la date d'adhésion.

En cas de renonciation, les cotisations encaissées sont restituées sous 30 jours sous déduction des éventuelles prestations déjà versées par la Mutuelle.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante « Pavillon Prévoyance, Service Relation Adhérents, 90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex.

Elle peut être faite selon le modèle ci-après : « Je soussigné (NOM, Prénom et adresse), déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance santé que j'ai signé le/./., conformément à l'article L. 221-18-1 du Code de la mutualité et vous prie de bien vouloir

procéder au remboursement des cotisations versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre et, pour ma part, je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. Je reconnais également être informé que mes garanties cessent à compter de la réception de la présente par la Mutuelle » Date et signature ».

1.4 Bénéficiaires des garanties

Sont bénéficiaires des prestations servies par la Mutuelle, l'adhérent et ses ayants droit.

1.5 Droits d'entrée

Les adhérents et ayants droit âgés de moins de 75 ans à leur date d'adhésion ne paient pas de droit d'entrée.

A partir de 75 ans, un droit d'entrée équivalent à 6 mois de cotisations est perçu lors de l'adhésion de l'adhérent ou de l'ayant droit, quelle que soit la garantie souscrite.

L'exonération de ce droit d'entrée est accordée pour

- tout nouvel adhérent ou ayant droit qui peut produire, au moment de l'adhésion, un certificat de radiation en provenance d'un autre organisme faisant apparaître une garantie équivalente, et dans la mesure où l'adhésion intervient dans un délai de deux mois après la radiation.
- Les contrats labellisés (agents des collectivités territoriales)

L'exonération du droit d'entrée peut également intervenir dans le cadre d'actions spécifiques mises en place par la Mutuelle.

1.6 Les Délais d'attente

La prise en charge de certaines prestations par la Mutuelle n'intervient qu'après une période dite « délai d'attente » pendant laquelle l'adhérent ou l'ayant droit ne bénéficie pas des prestations concernées.

A l'expiration de cette période, l'adhérent et ses ayants droit peuvent bénéficier des prestations accordées par la Mutuelle.

Adhérents et ayants droits âgés de moins de 75 ans :

La période de délai d'attente est fixée à six mois pour la prestation chambre particulière et à dix mois pour la maternité (chambre particulière, dépassements d'honoraires et forfait naissance et adoption).

Adhérents et ayants droit âgés de 75 et plus :

Contrat responsable

Période de délai d'attente fixée à 6 mois pour les forfaits (à l'exclusion du forfait journalier Hospitalier) **et les dépassements d'honoraires hors Hospitalisation, 6 mois pour la prestation chambre particulière et 10 mois pour la maternité** (forfait naissance et adoption).

Contrat non responsable

Période de délai d'attente fixée à 6 mois pour les forfaits et les dépassements d'honoraires hors Hospitalisation, 6 mois pour la prestation chambre particulière et 10 mois pour la maternité (forfait naissance et adoption).

Sont dispensés de délai d'attente :

- L'adhérent et/ou ses ayants droit qui peuvent produire au moment de l'adhésion un certificat de radiation en provenance d'un autre organisme faisant apparaître une garantie équivalente et dans la mesure où l'adhésion intervient dans un délai de deux mois après la radiation
- L'adhérent et ses ayants droit demandant leur adhésion dans le cadre d'actions spécifiques mises en place par la Mutuelle
- L'adhérent et ses ayants droit pour les soins afférents à un accident survenu postérieurement à la date d'effet de l'adhésion.
- Le nouveau-né qui adhère à compter de sa naissance dans la même garantie que le parent adhérent ou ayant droit.

Dans tous les cas de dispense de délai d'attente, les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ne sont pas pris en charge.

Pour le passage d'une garantie inférieure à une garantie supérieure, l'adhérent devra effectuer les délais d'attente de la garantie supérieure. Pendant la durée du délai d'attente de la nouvelle garantie, il bénéficiera des prestations de son ancienne garantie.

1.7 Mise à jour de situations

L'adhérent et/ou l'ayant droit s'engage à transmettre à la Mutuelle dans le délai d'un mois de sa survenance, toute modification intervenant dans les informations préalablement communiquées à la Mutuelle (notamment sa situation, adresse, affiliation, état civil, régime obligatoire, etc...).

2. LES COTISATIONS

2.1 Cotisations – Dispositions générales

L'adhérent s'engage auprès de la Mutuelle au paiement d'une cotisation annuelle, pour lui-même et ses ayants droit. La cotisation santé est affectée à la couverture des prestations santé garanties par la Mutuelle.

La cotisation santé varie, d'une part en fonction des garanties et options santé souscrites par l'adhérent et ses ayants droits, d'autre part elle peut varier en fonction :

- de leur âge : tranches d'âge selon garantie
- de leur département de domiciliation
- de leur régime obligatoire : général et travailleur non salarié, Alsace-Moselle

En cas de modification de l'une des situations ci-dessus, le montant de la cotisation est modifié au 1er jour de l'année qui suit la date de l'événement

- de leurs revenus
- de leur durée d'appartenance à la Mutuelle
- du nombre d'ayants droit

La cotisation peut être modifiée annuellement et, de façon exceptionnelle, revalorisée en cours d'année, en cas d'évolution de la réglementation applicable.

A cette cotisation s'ajoutent les éventuelles taxes de nature réglementaire en vigueur.

2.2 Appel de cotisations santé

La cotisation est appelée par un avis d'appel de cotisations semestriel ou annuel adressé directement à l'adhérent. La non-réception de l'avis d'appel par l'adhérent ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter la Mutuelle.

2.3 Paiement de la cotisation santé

Le paiement de la cotisation santé s'effectue par prélèvement automatique.

Le montant total mensuel de la cotisation santé est indiqué sur le devis généré en ligne et envoyé par mail.

L'adhérent choisit la périodicité de ses prélèvements sur le « bulletin d'adhésion Santé » imprimable lors de l'adhésion en ligne et reçu par mail ou par courrier - il doit être retourné à la Mutuelle – parmi les options suivantes :

- mensuel : prélèvement le 5, 10 ou 15 de chaque mois
- trimestriel : prélèvement le 5, 10 ou 15 des mois de janvier, avril, juillet et octobre
- semestriel : prélèvement le 5, 10 ou 15 janvier et juillet
- annuel : prélèvement le 5, 10 ou 15 janvier

Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée à l'adhérent.

Il ne modifie pas la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

L'adhérent est informé de ses prélèvements au plus tard dans un délai de cinq jours avant leur échéance.

2.4 Cotisation santé et carte d'adhérent

Adhésion en ligne :

La carte de l'adhérent et celles de ses ayants droit lui sont adressées par mail après son adhésion en ligne.

Adhésion par courrier :

Les cartes d'adhérent sont adressées à l'adhérent par mail après enregistrement du dossier d'adhésion par la Mutuelle.

Si l'adhérent en fait la demande, les cartes d'adhérent lui sont adressées par courrier.

La carte d'adhérent est valable au semestre.

La carte atteste des droits de l'adhérent et/ou des ayants droit.

Elle est strictement personnelle et ne peut être utilisée que si la cotisation de la période de couverture est payée.

Dans le cas d'un non-paiement, d'une radiation, d'un changement d'état civil, d'adresse, de situation familiale, et plus généralement d'une modification nécessitant une rectification de la carte adhérent, celle-ci doit être immédiatement retournée à la Mutuelle, pour annulation ou rectification.

2.5 Cotisation santé et droit à prestations

Le versement des prestations santé à l'adhérent et à ses ayants droit est conditionné au paiement de la cotisation santé due par l'adhérent.

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse à l'adhérent une mise en demeure de payer. Faute de paiement dans les trente jours qui suivent la mise en demeure, la Mutuelle suspend les garanties et options santé de l'adhérent et de ses ayants droit.

Au cas où la cotisation aurait été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

En cas de non-paiement dans le délai de trente jours : la Mutuelle peut résilier la garantie dix jours après l'expiration de ce délai. La cotisation annuelle restant due, la Mutuelle procédera au recouvrement de l'intégralité des cotisations majorées des frais de recouvrement par tout moyen à sa convenance.

En cas de paiement avant résiliation : la garantie reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée la 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.

2.6 Exonération de cotisation santé

Peuvent bénéficier d'une exonération de cotisation santé sur leur garantie et option(s) santé :

- Les enfants à charge, ayants droit de l'adhérent, couverts dans la même garantie que l'un des 2 parents à partir du 3ème enfant à charge comme défini ci-dessous :
 - Jusqu'à la fin de l'année du 18^e anniversaire quelle que soit son activité,
 - De 19 à 25 ans, s'il a demandé son rattachement au foyer fiscal de l'adhérent et s'il poursuit ses études.
- le conjoint ou concubin survivant et ses ayants droit en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint ayant droit.

Les cotisations sont prises en charge sur simple demande pendant une période de 6 mois, sur la base de la garantie (du conjoint, concubin ou ayant droit) en cours à la date du décès.

2.7 Cotisation santé et changement de garantie

Le changement de garantie intervient au 1^{er} jour du mois qui suit celui où la demande a été reçue.

Un nouvel avis d'appel de cotisation est adressé par mail à l'adhérent pour tenir compte du prorata du montant des nouvelles cotisations.

Les changements de garantie pour une garantie inférieure à celle dont bénéficie l'adhérent ou ses ayants droit, ne sont autorisés qu'après 12 mois de cotisations dans la garantie précédente.

2.8 Radiation et remboursement de la cotisation santé

La part de cotisation qui intervient après la radiation de l'adhérent ou de l'ayant droit est remboursée dans le délai d'un mois suivant la date d'effet de la radiation.

3. LES PRESTATIONS

3.1 Principe du libre choix

L'adhérent ou l'ayant droit choisit librement son praticien ou établissement de santé.

Cependant, les actes et soins donnent lieu à remboursement par LA MUTUELLE la Mutuelle sous réserve que le praticien ou l'établissement de santé soit conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire.

3.2 Prestations garanties

Les prestations garanties sont détaillées en annexe du présent règlement et dans les fiches descriptives des garanties et options souscrites disponibles sur l'Espace Adhérent.

3.3 Détermination des Prestations santé

Les Prestations accordées par la Mutuelle varient selon :

- La garantie et les options souscrites,
- Les délais d'attente,
- Le respect du parcours de soins coordonnés.

Les prestations sont calculées :

- ◊ conformément à la nomenclature générale des actes professionnels et la classification commune des actes médicaux,
- ◊ et sur la base de remboursement et du taux de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les prestations versées par la Mutuelle sont des prestations complémentaires aux prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toutefois, dans le cadre de dépenses de santé non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et conformément à la garantie souscrite, la Mutuelle peut verser à l'adhérent et ses ayants droit des prestations supplémentaires.

Le montant de la prestation complémentaire ou supplémentaire versée par la Mutuelle s'entend dans la limite des dépenses réelles de santé de l'adhérent ou l'ayant droit.

Les prestations peuvent être modifiées annuellement et de façon exceptionnelle en cours d'année. Chaque adhérent a connaissance des modifications apportées.

Par ailleurs, la Mutuelle se réserve le droit de maintenir ou réajuster ses prestations si la part Assurance Maladie Obligatoire venait à être modifiée.

3.4 Prestations liées à la qualification de contrat « Responsable et solidaire »

Le contrat collectif complémentaire santé est qualifié de « responsable et solidaire », conformément à la réglementation en vigueur.

Il prend en charge, conformément aux articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur, :

- l'intégralité du ticket modérateur.¹
 - le forfait journalier des établissements hospitaliers au sens de la Sécurité sociale, sans limitation de durée.
 - si la garantie le prévoit, les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité.
 - les dépenses d'acquisition des aides auditives dans la limite d'un renouvellement par période de quatre ans et dans la limite :
 - des prix limites de vente pour les aides auditives de classe I,
 - de 1.700 euros (assurance maladie obligatoire et complémentaire santé) par oreille
 - Les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie
 - les dépenses d'acquisition des équipements optiques dans les conditions suivantes : l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée, dit 100% santé dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente.
- Les frais d'acquisition des prestations et équipements de classe B sont pris en charge dans les conditions suivantes :

¹ Selon la garantie de l'adhérent ou de l'ayant droit, sont couvertes ou non par Pavillon Prévoyance les prestations suivantes :

- a) Homéopathie,
- b) Cures thermales,
- c) Médicaments remboursés à 15 % ou 30 % par l'Assurance Maladie Obligatoire.

- a) Au minimum 50 € et au maximum 420 € par équipement à verres simples²
- b) Au minimum 125 € et au maximum 560 € par équipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (c).
- c) Au minimum 200 € et au maximum 700 € par équipement à verres complexes³
- d) Au minimum 125 € et au maximum 610 € par équipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (f)
- e) Au minimum 200€ et au maximum 750€ par équipement comportant un verre mentionné au (c) et un verre mentionné au (f)
- f) Au minimum 200€ et au maximum 800€ par équipement à verres très complexes⁴

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 €.

En l'absence de mention des verres très complexes au sein de la grille de garantie, il convient d'appliquer le forfait des verres complexes.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

Par dérogation, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le renouvellement s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

Par dérogation, cette période minimale d'un an n'est pas opposable aux enfant de moins de 16 ans dont la vue évolue.

Par dérogation, les enfants de moins de 6 ans, en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur, peuvent bénéficier d'un renouvellement par période de six mois.

Le contrat permet par ailleurs à l'adhérent de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur l'ensemble des prestations obligatoires du contrat responsable reprises ci-dessous :

- le ticket modérateur des actes et prestations remboursables par l'Assurance Maladie et obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable, y compris la participation forfaitaire de 24 euros lorsqu'elle est facturée,
- le forfait journalier hospitalier.

Il ne prend pas en charge :

- **en cas de non-respect du parcours de soins, absence de médecin traitant, refus de présentation du dossier médical personnel :**
 - a) **La majoration du ticket modérateur liée aux actes et consultations.**
 - b) **La franchise liée aux dépassements d'honoraires des spécialistes.**

² **Verres simples** : verres unifocaux

- Sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries
- Sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à -4,00 dioptries
- Sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

³ **Verres complexes** : verre unifocal

- Sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à -6,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries

Ou verre multifocal ou progressif

- Sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

⁴ **Verres très complexes** : verres unifocaux ou progressifs

- Sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

• **les franchises appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire :**

- a) **La contribution forfaitaire sur les actes et consultations.**
- b) **La franchise appliquée par boîte de médicament.**
- c) **La franchise appliquée par acte paramédical.**
- d) **La franchise appliquée par transport sanitaire.**

3.5 Justificatifs à produire

Le versement des prestations par la Mutuelle s'effectue :

- sur présentation du décompte transmis par l'Assurance Maladie Obligatoire
- ou sur présentation de l'original du décompte transmis par l'adhérent ou l'ayant droit
- Ou sur présentation de tout autre justificatif demandé par la Mutuelle, nécessaire au déclenchement de la prestation.

Dans les autres cas, le versement des prestations s'effectue sur présentation de l'original de la facture acquittée ou de tout autre justificatif demandé par la Mutuelle, nécessaire au déclenchement de la prestation.

Dans le cas où l'adhérent ou l'ayant droit est garanti auprès d'un autre organisme le règlement de la Mutuelle s'effectue sur présentation du décompte de cet organisme et d'un duplicata des factures des professionnels ou établissements de santé, dans la limite des dépenses réelles engagées.

Le versement des prestations se prescrit par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

3.6 Modalités de versement des prestations santé

Les prestations sont réglées par la Mutuelle:

- soit directement à l'adhérent ou l'ayant droit,
- soit directement aux professionnels de santé et établissements de soins sur la base des conventions de tiers payant conclues à cet effet avec la Mutuelle.

Un relevé mensuel détaillé est disponible sur l'Espace Adhérent de la Mutuelle.

La Mutuelle s'engage à procéder au versement des prestations à l'adhérent dans un délai maximum de 4 jours ouvrés à compter de la réception de l'ensemble des éléments nécessaires au traitement du dossier.

3.7 Exclusions et déchéance de garantie

Sont exclus de la garantie de la Mutuelle, tous les soins, hospitalisations et interventions quelle qu'en soit la nature qui sont la conséquence notamment des faits suivants :

- guerre civile ou étrangère et cataclysmes, attentats et actes de terrorisme, bien qu'ils soient indépendants de la volonté de l'adhérent ;
- d'actes commis volontairement par l'adhérent, mutilation volontaire, participation effective à une émeute, un soulèvement populaire ou manifestation publique, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe sauf cas de légitime défense ;
- explosion d'un engin ou partie d'engin atomique ;
- radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs ;
- d'accidents résultants :
 - d'un état d'ivresse reconnu ou d'usage de stupéfiants,
 - d'un accident de travail donnant ou ne donnant pas droit au bénéfice des dispositions de la législation sur les accidents du travail,
 - de la participation de l'adhérent à des paris,
 - de la pratique de l'adhérent à titre professionnel de tout sport,
 - de la pratique de l'adhérent à titre amateur de tout sport pour lequel il existe une assurance spécifique,
 - de la pratique de l'adhérent d'un ou plusieurs sports en club ou association,
 - de la participation de l'adhérent à titre amateur à toute compétition sportive quelle qu'en soit la nature,
 - accident scolaire pour lequel il existe une assurance spécifique.

Sont également exclus :

- les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'effet d'adhésion ou de modification de garantie,

- les soins, actes médicaux ou hospitalisations débutants ou prescrits pendant le délai d'attente,
- Les interventions chirurgicales à visée esthétique,
- les cures d'amaigrissement et de rajeunissement,
- le placement en maison de retraite, le séjour en établissement thermal sauf en cas de cure médicale justifiée.

Les exclusions ne s'appliquent pas aux obligations de prise en charge du contrat responsable définies à l'article 3.4 « Prestations liées à la qualification de contrat « Responsable et solidaire » ».

L'adhérent ou l'ayant droit est déchu de tout droit à prestation s'il a utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la Mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausse déclaration d'hospitalisation par exemple).

La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux.

Les prestations déjà versées par la Mutuelle et se révélant infondées au visa de la présente clause, seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

3.8 Contrôle Médical

La mutuelle se réserve le droit, par le biais d'un médecin-conseil, d'entrer en contact avec le médecin de l'adhérent afin de déterminer l'ouverture de droits.

En cas de contestation sur les décisions de refus de versements liés à ces contrôles, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, le médecin conseil de la Mutuelle ou tout autre médecin désigné par elle, et un médecin expert choisi en accord avec les deux premiers.

Dans le cas où un accord ne pourrait intervenir sur sa désignation, ce troisième médecin serait désigné, à la demande de la Mutuelle, par le Président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins.

Dans tous les cas de figure, ses honoraires seront à la charge de la partie dont les arguments auront été reconnus comme non fondés.

3.9 Recours contre tiers

La Mutuelle est substituée 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.

Le recours de la Mutuelle contre le tiers s'exerce dans la limite des prestations réglées par la Mutuelle.

3.10 Accidents

Pour les soins et les interventions consécutifs à un accident, non exclus, la garantie de la Mutuelle intervient selon les modalités suivantes :

♦ Déclaration des accidents :

L'adhérent doit faire à la Mutuelle une déclaration sur l'honneur indiquant :

- Les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit,
- Le nom des témoins,
 - Eventuellement : les noms et adresses du tiers responsable et de la Compagnie d'Assurances qui garantit la responsabilité de ce tiers, les noms et coordonnées de l'avocat de l'adhérent ou l'ayant droit.
- L'indication précise du commissariat ou de la gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement des formalités habituelles à accomplir en cas d'intervention chirurgicale ordinaire.

♦ Procédure contentieuse ou amiable

En cas d'accident quel qu'il soit, l'adhérent doit informer la Mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile, ainsi que de ses intentions.

L'adhérent doit, de même, informer la Mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la Mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

3.11 Prestations versées par un autre organisme

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réelles, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due

concurrence.

L'adhérent ou l'ayant droit recevant de quelque organisme que ce soit un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si l'adhérent ou l'ayant droit est partiellement garanti par un contrat individuel accident, la Mutuelle ne prend à sa charge, dans la limite de la garantie, que les frais non couverts par le contrat.

4. L'ACTION SOCIALE : La Commission d'Aide Sociale

Des aides exceptionnelles peuvent être accordées par la Commission d'Aide Sociale dès lors que l'adhérent ou ses ayants droit se trouvent dans une situation de difficulté avérée et qu'ils auront expressément saisi la Mutuelle.

Au regard des ressources du foyer de l'adhérent et de sa situation actuelle, la Commission d'Aide Sociale accorde :

- pour les adhérents qui ont deux ans d'ancienneté : **ACTION SOLIDARITE**

La Commission informe l'adhérent ou l'ayant droit par courrier sous 15 jours de l'éventuelle diminution de sa cotisation.

- pour les adhérents qui ont trois ans d'ancienneté : **RECOURS GRACIEUX**

Montant accordé selon les frais de santé engagés et sur présentation de la facture des dépenses réelles, ainsi que des aides obtenues d'autres organismes s'il y a lieu.

- pour les adhérents de moins de 28 ans, il est appliqué sur leur cotisation de l'année en cours, s'ils en font la demande, une réduction de 20% :

- étudiants boursiers, sur présentation de l'attribution d'une bourse et de la carte d'étudiant. La réduction s'applique à partir de la réception des justificatifs, sur la cotisation correspondant à la période d'attribution de la bourse restant à courir.
- demandeurs d'emploi non indemnisés, sur présentation d'une attestation Pôle Emploi. La réduction s'applique à partir de la réception du justificatif, sur la cotisation restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Dans tous les cas, la réduction de cotisation ne peut s'appliquer de manière rétroactive.

5. RESILIATION DES GARANTIES SANTÉ

5.1 Résiliation à l'initiative de l'adhérent

La démission est donnée par courrier à l'adresse suivante : Pavillon Prévoyance, Service résiliation, 90 avenue Thiers, CS 21004, 33072 BORDEAUX Cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : resiliation@pavillon-prevoyance.fr

- Soit au plus tard le 31 octobre de l'année N pour prendre effet le 31 décembre de la même année à minuit. Passé ce délai, la démission ne prendra effet qu'au 31 décembre à minuit de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date,
- Soit dans un délai de vingt jours à compter de la date d'envoi des avis d'appels de cotisations annuels pour prendre effet le 31 décembre à minuit de la même année. Cette possibilité de résiliation dans le délai de vingt jours n'est pas ouverte aux contrats « Loi Madelin »,
- Soit à tout moment à compter du douzième (12ème) mois d'adhésion. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après réception par PAVILLON PREVOYANCE de la demande de résiliation.
- Soit en cas de fermeture des droits à l'assurance maladie obligatoire suite à un départ à l'étranger sous condition de présentation de l'attestation de l'assurance maladie obligatoire. La résiliation prend effet à la fin de mois de réception de l'attestation,
- Soit lors de la mise en place par l'employeur de l'adhérent d'un contrat collectif à caractère obligatoire. La résiliation prend effet à la fin du mois de réception de la demande,
- Décès d'un adhérent ou d'un ayant droit : la résiliation intervient à la fin du mois de réception de la demande de résiliation.

5.2 Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut être amenée à procéder à la résiliation de la garantie pour non-paiement des cotisations conformément à l'article 2.5 « *Cotisation santé et droit à prestations* » du présent règlement.

6. DELAI DE PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations énoncées au présent règlement se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent ou l'ayant droit, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent 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 l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par les 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 avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement des prestations.

7. TRAITEMENT DES RECLAMATIONS ET MEDIATION

Une réclamation s'entend de tout type de déclaration actant le mécontentement de l'adhérent. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis ne sont pas des réclamations.

Les éventuelles réclamations doivent être adressées par lettre recommandée avec avis de réception accompagnée des justificatifs de votre demande à : PAVILLON PRÉVOYANCE - Service Réclamations - 90 avenue Thiers CS21004 33072 Bordeaux Cedex.

Le Service réclamations accusera réception de la demande dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

La Mutuelle s'engage également à répondre dans un délai de deux mois maximum à compter de la date de réception du courrier de réclamation.

Tout différend survenant entre la Mutuelle et l'adhérent à la suite du traitement d'une réclamation pourra être soumis préalablement à toute action en justice, au médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française, dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite adressée à l'adhérent par Pavillon Prévoyance.

Ce médiateur peut être saisi en transmettant le dossier objet de la demande, accompagné des justificatifs nécessaires :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la FNMF, 255 rue de Vaugirard 75 719 PARIS CEDEX 15
- Soit directement via le site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Annexe

Détail des Prestations santé

LES GARANTIES SANTÉ

Selon la garantie de l'adhérent ou de l'ayant droit, les prestations suivantes sont prises en charge par la Mutuelle dans les limites figurant sur la Fiche Garantie et dans la limite des dépenses réelles engagées :

1. HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE.

1.1 Hospitalisation médicale

Contrat responsable :

La Mutuelle prend en charge de façon illimitée le paiement du ticket modérateur et/ou du Forfait journalier hospitalier, les séjours, examens ou soins autres que ceux pris en charge au titre de l'hospitalisation chirurgicale.

Contrat non responsable :

La Mutuelle prend en charge le paiement du ticket modérateur et/ou du Forfait journalier hospitalier, les séjours, examens ou soins autres que ceux pris en charge au titre de l'hospitalisation chirurgicale, dans la limite de 30 ou 90 jours par an pour l'alcoolologie et

la psychiatrie, selon les indications figurant sur la fiche de la garantie remise à l'adhérent.

Toutefois, les séjours en : maison de santé médicale pour personnes âgées, centre de rééducation psychothérapique, centre d'action médico-social précoce, Institut Médico Educatif, Institut Médico, Pédagogique, Hélios Marin Aérium, Préventorium, Sanatorium, sont pris en charge dans la limite de 30 jours par an, tous établissements confondus.

1.2. Hospitalisation Chirurgicale

En chirurgie, la Mutuelle prend en charge le paiement du ticket modérateur et/ou du forfait journalier hospitalier, et le séjour de façon illimitée :

- Les frais occasionnés par un acte chirurgical coté sur la base des valeurs lettres clés ADC, ACO, ADA et ATM (actes techniques) avec ou sans hospitalisation.
- Les traitements de radiothérapie, curiethérapie et de chimiothérapie pour affections néoplasiques malignes.

La Mutuelle rembourse les frais énoncés ci-dessous :

1.2.1 Frais précédant l'intervention :

- Examens d'imagerie médicale ou radioscopiques effectués en vue d'une intervention chirurgicale et effectivement suivis d'opération dans un délai de trois mois ;
- Analyses et examens de laboratoire, examens anatomopathologiques (y compris les prélèvements) strictement nécessaires à l'intervention et effectivement pratiqués dans les trois mois précédant l'intervention sur présentation d'un justificatif ;
- Examens endoscopiques pratiqués avant l'intervention ;
- Consultation préopératoire donnée par le chirurgien et l'anesthésiste, et suivie, dans un délai maximum de trente jours, de l'intervention sur présentation d'un justificatif ;
- Séances de rééducation orthoptiques prescrites par le chirurgien dans un délai de 30 jours avant l'intervention, et dans la limite de 20 séances ;
- Hospitalisation préopératoire, éventuellement nécessaire à la préparation du patient pour l'intervention ;
- Hospitalisation pour observation, à condition qu'elle soit motivée par l'indication d'une intervention chirurgicale (qui ne peut pas avoir lieu) ou qu'elle fasse suite à un traumatisme.

1.2.2 Frais relatifs à l'intervention :

- Honoraires du chirurgien et de l'équipe chirurgicale, du médecin traitant assistant effectivement à l'intervention, de surveillance médicale, suivant le coefficient des actes fixés par la nomenclature officielle des actes professionnels et éventuellement en fonction des conventions et accords qui peuvent être passés avec les praticiens et sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et des montants garanties par la Mutuelle.
- Frais d'hospitalisation : ils comprennent les diverses prestations prévues par les textes légaux ou conventionnels applicables.

1.2.3 Prolongation de séjour :

En cas de complications faisant prévoir une augmentation de la durée du séjour, le chirurgien doit prévenir le médecin-conseil de la Mutuelle avant l'expiration du séjour initial. Il lui adresse un certificat médical indiquant la durée de la prolongation demandée ainsi que les motifs la justifiant. Le médecin-conseil statue sur cette prolongation après s'être rapproché du praticien. La Mutuelle prend alors en charge les frais supplémentaires consécutifs à la prolongation du séjour en fonction de la décision prise par son médecin conseil.

Toutefois, si un malade désire prolonger son séjour pour convenances personnelles au-delà des limites fixées d'un commun accord avec le praticien et le médecin-conseil de la Mutuelle, les frais supplémentaires restent à sa charge.

1.2.4 Frais postérieurs à l'intervention :

- **Les examens et les imageries médicales de contrôle** sont pris en charge par la Mutuelle pendant un délai de trois mois suivant la sortie de l'établissement ou l'ablation d'un matériel d'immobilisation pour autant qu'ils soient liés à l'épisode chirurgical ;
- **Prothèses externes** (spécifiquement : Prothèse capillaire, mammaire, oculaire) : la Mutuelle rembourse les prothèses externes sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et consécutives à des interventions chirurgicales normalement prises en charge. Dans la limite des sommes restant à la charge de l'adhérent, la Mutuelle rembourse, après avis favorable de son médecin conseil, suivant les conditions et la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et dans les limites indiquées sur la fiche de la garantie. La prothèse dentaire n'est pas remboursée

dans le cadre de la garantie hospitalisation.

- **Rééducation fonctionnelle et massage :** la Mutuelle, sur avis du médecin conseil, prend en charge, à concurrence de 60 séances, les séances de rééducation motrice, fonctionnelle et de massages ou techniques assimilées prescrites par le chirurgien dans un délai de 30 jours suivant la sortie de l'établissement, ou le cas échéant, de l'ablation d'un matériel d'immobilisation.

La rééducation est remboursée suivant la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les frais de déplacement du kinésithérapeute sont pris en charge sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Lorsque la rééducation est effectuée dans un centre spécialisé, et dans un délai de 90 jours suivant la sortie de l'établissement, ou, le cas échéant, de l'ablation d'un matériel d'immobilisation, la Mutuelle prend en charge les frais liés à l'hospitalisation, déduction faite de la participation de l'Assurance Maladie Obligatoire, et dans la limite de 30 jours ;

- **Convalescence :**

Contrat responsable : la Mutuelle participe aux frais de convalescence consécutive à une hospitalisation en milieu chirurgical prise en charge par la Mutuelle, et suivie ou non d'intervention, pour tout séjour effectué en maison de convalescence conventionnée avec l'Assurance Maladie Obligatoire, justifié par le chirurgien traitant et après l'accord de son médecin conseil.

Contrat non responsable : la Mutuelle participe aux frais de convalescence consécutive à une hospitalisation en milieu chirurgical prise en charge par la Mutuelle, et suivie ou non d'intervention, pour tout séjour de 30 jours maximum, effectué en maison de convalescence conventionnée avec l'Assurance Maladie Obligatoire, justifié par le chirurgien traitant et après l'accord de son médecin conseil.

1.2.5 Soins à domicile :

Dans le cas de soins à domicile effectués par un médecin ou un auxiliaire médical, à la suite d'une intervention chirurgicale, et dans un délai de trois mois après la sortie de l'établissement, la Mutuelle prend en charge à l'exclusion de tous autres frais, les honoraires du médecin ou de l'auxiliaire médical suivant les dispositions de la nomenclature officielle des actes professionnels.

1.3 Forfait journalier hospitalier

Contrats « labellisés » (agents des collectivités territoriales) : Forfait journalier illimité.

Contrats responsables :

En cas d'hospitalisation, la Mutuelle prend en charge et rembourse le Forfait journalier hospitalier au sens de la Sécurité sociale pour les établissements conventionnés sans limitation de durée.

Contrats non responsables :

En cas d'hospitalisation, la Mutuelle prend en charge ou rembourse le forfait journalier hospitalier à 100 % pour les établissements conventionnés dans les conditions qui suivent :

- Durée illimitée en chirurgie
- Durée illimitée en hospitalisation médicale sauf exceptions ci-dessous :
 - Durée limitée à 30 ou 90 jours par an, selon les indications figurant sur la fiche de la garantie remise à l'adhérent, dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie et pour traitement lié à l'éthylisme
 - Durée limitée à 30 jours dans l'un des services concernés : Réadaptation, rééducation et maison de convalescence, à condition que le séjour débute dans les 30 jours qui suivent le départ de la clinique ou de l'établissement hospitalier et que ce séjour ait lieu dans un établissement conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire

Dans le cadre d'une Convention signée avec les établissements hospitaliers et/ou les cliniques, une prise en charge peut leur être délivrée. Cette prise en charge vaut dispense d'avance de frais pour l'adhérent pour les périodes indiquées sur la prise en charge.

Les tiers concernés seront alors remboursés de leurs frais sur présentation d'un décompte ou d'une facture récapitulative.

Dans le cas d'une absence de convention ou de la délivrance d'une prise en charge par la Mutuelle, l'adhérent est tenu de s'acquitter des frais engendrés par son hospitalisation. Ces dits frais lui seront remboursés par la Mutuelle, si sa garantie couvre

ses prestations sur présentation d'un décompte établi par le tiers concerné.

1.4. Transport en ambulance

La Mutuelle prend en charge les frais de transport en ambulance, si la garantie le prévoit, dans le cadre d'une hospitalisation en complément du remboursement pris en charge par le Régime obligatoire de l'adhérent. Dans le cadre de la chirurgie, prise en charge du transport en urgence du domicile à l'établissement hospitalier.

1.5. FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

Pour toute hospitalisation prise en charge, la Mutuelle rembourse les frais exposés par l'accompagnant, sur présentation des justificatifs des dépenses réelles réglées à l'établissement de soins, avec un maximum journalier et un maximum total indiqués sur la fiche descriptive de la garantie.

Cette garantie est réservée pour l'accompagnement des adhérents hospitalisés de moins de 18 ans et de 70 ans et plus.

1.6 Chambre particulière

• 1.6.1 Chambre particulière en hospitalisation avec nuitée

Si la garantie de l'adhérent le prévoit, en cas d'hospitalisation comprenant au moins une nuitée, la Mutuelle prend en charge ou rembourse la chambre particulière sur la base d'un tarif journalier (révisable annuellement) pour les établissements conventionnés et non conventionnés dans les conditions qui suivent :

- Pour une durée illimitée en chirurgie et maternité,
- Pour une durée limitée à 60 jours par an en hospitalisation médicale,
- Pour une durée limitée à 30 jours par an en séjour psychiatrique et pour traitement lié à l'éthylisme,
- Pour une durée limitée à 30 jours dans les services de réadaptation, rééducation et maison de convalescence.

Le remboursement de ces frais sera effectué à l'établissement dans le cas d'une délivrance de prise en charge, à l'adhérent sur présentation de la facture acquittée, dans les conditions indiquées ci-dessus.

• 1.6.2 Chambre particulière en hospitalisation sans nuitée

Si la garantie de l'adhérent le prévoit, en cas d'hospitalisation sans nuitée, la Mutuelle prend en charge ou rembourse la chambre particulière dans les conditions qui suivent :

- Prise en charge uniquement dans le cadre de la chirurgie et de l'anesthésie ambulatoire. A ce titre, la facture de l'établissement devra comporter, outre le supplément chambre particulière avec la précision « ambulatoire », soit un acte d'anesthésie (ADA) et un acte de chirurgie (ADC), ou un acte d'anesthésie (ADA) et un acte technique médical (ATM),
- L'adhérent (ou son représentant) doit avoir formulé la demande d'une chambre particulière auprès de l'établissement et avoir donné son accord écrit sur le supplément lié à cette prestation,
- La chambre particulière mise à la disposition de l'adhérent doit répondre à de réels critères de confort et d'intimité (espace réellement clos et suffisant pour disposer, à minima, d'un lit, d'un cabinet de toilette et d'un fauteuil accompagnant). La Mutuelle se réserve le droit de vérifier auprès de l'établissement le respect de ces critères et de refuser les demandes de prise en charge en cas de non-respect de ceux-ci,
- Le tarif pris en charge par la Mutuelle est indiqué sur la fiche de la garantie de l'adhérent et varie selon qu'il s'agit d'un établissement conventionné ou non conventionné.

2. SOINS COURANTS

2.1. Soins courants

La Mutuelle assure le remboursement du ticket modérateur calculé sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, dont le détail figure sur la Fiche Garantie remise à l'adhérent, portant sur :

- Les frais médicaux, pharmaceutiques, d'examen de biologie médicale et d'imagerie médicale
- Les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthodontie prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.
- Les soins de kinésithérapie et d'auxiliaires médicaux
- l'optique
- cure :

- Les honoraires de surveillance : le remboursement du ticket modérateur des cures thermales est calculé sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.
- Forfait établissement thermal selon les indications figurant sur la Fiche descriptive de la garantie.

2.2 Soins courants avec dépassement

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, les remboursements des consultations, les visites et les imageries médicales bénéficient d'une prestation supplémentaire.

2.3 Pharmacie

2.3.1 Forfait vaccins

Dans les garanties prévoyant un forfait vaccins, une participation annuelle forfaitaire est accordée à l'achat de vaccins, prescrits médicalement et non remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur présentation d'une copie de l'ordonnance accompagnée de la facture portant le prix du vaccin, avec le cachet du pharmacien l'ayant délivrée.

2.3.2 Forfait vaccin antigrippal

Dans les garanties prévoyant un forfait vaccin antigrippal, la Mutuelle rembourse à l'adhérent ou l'ayant droit l'achat du vaccin antigrippal, sur présentation de la facture avec le cachet du pharmacien l'ayant délivré et dans la limite d'une fois par an et par personne.

3. DENTAIRE

3.1 Prothèses dentaires et orthodontie acceptées

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, les prothèses dentaires et l'orthodontie bénéficient d'un complément, à concurrence du taux de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire défini dans la garantie souscrite, dans la limite des frais réellement engagés.

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, les prothèses dentaires et l'orthodontie bénéficient d'une prestation supplémentaire et ce dans la limite des dépenses réelles engagées.

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, les dents visibles (incisives, canines, prémolaires) bénéficient d'une prise en charge supérieure à celles des dents invisibles (molaires et dents de sagesse).

La prestation supplémentaire, si la garantie le prévoit, peut être majorée en fonction de l'ancienneté de l'adhérent, à partir d'un seuil d'ancienneté et avec une progressivité suivant le nombre d'années d'appartenance à cette même garantie, et avec plafonnement. Cette majoration ne peut être versée si elle ne rentre pas dans le cadre de la limite des dépenses réelles engagées.

Lorsque le traitement orthodontique a débuté avant la prise d'effet du contrat auprès de la Mutuelle, la date de réalisation des actes retenue est celle figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale. Conformément à l'article relatif aux exclusions de garantie, Pavillon Prévoyance n'interviendra pas pour les actes effectués antérieurement à la date d'effet de l'adhésion ni en cas d'intervention du précédent organisme assureur. Des justificatifs en ce sens seront sollicités.

3.2 Prothèses dentaires et orthodontie refusées

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, les prothèses dentaires et l'orthodontie refusées par l'assurance maladie obligatoire bénéficient d'une participation annuelle dont le montant maximum est défini dans la fiche d'information de la garantie souscrite dans la limite des dépenses réelles.

Selon les modalités prévues au sein de la grille de garantie, la participation de la Mutuelle peut être forfaitaire ou se fonder sur la reconstitution de la base de remboursement du régime obligatoire.

4. OPTIQUE

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, les montures, verres et lentilles bénéficient d'un complément, à concurrence du taux de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire défini dans la garantie souscrite auquel s'ajoute une participation annuelle forfaitaire dans la limite des frais réellement engagés.

En ce qui concerne les lentilles prescrites et refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire, le forfait n'est versé qu'une seule fois par année civile.

Le forfait, si la garantie le prévoit, peut être majoré en fonction de l'ancienneté de l'adhérent, à partir d'un seuil d'ancienneté et avec une progressivité suivant le nombre d'années d'appartenance à cette même garantie, et avec plafonnement. Cette majoration ne peut être versée si elle ne rentre pas dans le cadre de la limite des dépenses réelles engagées.

Dans les cas où la dispense d'avance de frais ne s'applique pas le remboursement s'effectue sur production des décomptes du régime d'Assurance Maladie Obligatoire, accompagnés des factures acquittées.

5. FORFAITS

Prothèses

5.1 Forfait Orthopédie

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, un forfait est accordé pour les frais d'appareillage orthopédique calculé sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite des frais réellement engagés.

Ce forfait Orthopédie, si la garantie le prévoit, peut être majoré en fonction de l'ancienneté de l'adhérent, à partir d'un seuil d'ancienneté et avec une progressivité suivant le nombre d'années d'appartenance à cette même garantie et avec plafonnement. Cette majoration ne peut être versée si elle ne rentre pas dans le cadre de la limite des dépenses réelles engagées.

Dans les cas où la dispense de frais ne s'applique pas, le remboursement s'effectue sur production des décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire, accompagnés des factures acquittées.

Exclusion : l'achat de véhicules pour personnes handicapées physiques (fauteuils roulants), sauf mention contraire au sein de la fiche descriptive de la garantie

Dentaire

5.3 Forfaits Parodontologie et Implantologie

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, les forfaits parodontologie et implantologie sont accordés dans la limite des frais réellement engagés pour des soins prescrits médicalement ou réalisés par un praticien diplômé et non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Optique

5.4 Forfait Basse Vision

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, le forfait basse vision est accordé pour l'acquisition de loupes basse vision, dans les limites figurant sur la fiche de la Garantie, sur présentation de la facture de l'opticien diplômé.

5.5 Chirurgie réfractive

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, une participation annuelle forfaitaire par œil est versée dans la limite des frais réellement engagés, selon fiche descriptive fournie.

Bien-être & Prévention, Cure thermique

5.6 Forfaits Bien-être & Prévention

Les forfaits annuels bien-être et prévention sont attribués dans les limites figurant sur la fiche de la garantie, pour des soins prescrits médicalement ou réalisés par un praticien diplômé et non remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

5.6.1 Forfait médecine douce

- Acupuncture : pour des soins réalisés par un médecin spécialiste ou généraliste,
- Chiropraxie : le chiropracteur doit être titulaire d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un Institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens,

- Etiopathie : l'étiopathe doit obligatoirement être inscrit au Registre National des Etiopathes,
- Homéopathie,
- Ostéopathie : l'ostéopathe doit obligatoirement être inscrit sur la liste départementale de la profession d'Ostéopathe et être enregistré à l'ARS (Agence Régionale de santé) ; pour justifier du respect de ces conditions, il doit fournir à la mutuelle le document intitulé « Attestation d'inscription au Répertoire Adeli »,
- Psychothérapie (seules les factures émises par un psychothérapeute – mention sur la facture ou tampon du praticien précisant psychothérapeute – seront prises en charge. Ainsi, **les factures de psychothérapie émises par un psychologue ne seront pas prises en charge**).
- Réflexologie.

5.6.2 Forfait prévention

- Densitométrie osseuse,
- Amniocentèse
- Contraception : (sur prescription médicale) prise en charge de la pilule et de l'anneau contraceptif,
- Sevrage tabagique : substituts nicotiniques (patchs, gommes, etc...),
- Auto-tensiomètre : pour acquisition d'un auto-tensiomètre sans prescription médicale sur présentation de la facture de l'établissement autorisé à délivrer ce matériel médical,
- Consultations allergologie
- Consultation diététique : seules les factures émises par un diététicien obligatoirement inscrit sur la liste départementale de la profession de diététicien et être enregistré à l'ARS (Agence Régionale de Santé) – mention sur la facture ou tampon du praticien précisant « diététicien » - seront prises en charge. Ainsi, **les factures de consultation diététique émises par un nutritionniste ne seront pas prises en charge**.
- Consultation en podologie, consultation en podologie en diabétologie,
- Psychomotricien, psychologue (le psychologue doit obligatoirement être inscrit sur la liste départementale de la profession de psychologue et être enregistré à l'ARS (Agence Régionale de santé) ; pour justifier du respect de ces conditions, il doit fournir à la mutuelle une attestation d'inscription au Répertoire Adeli),

5.7 Forfait cure thermique

Une participation forfaitaire annuelle pour l'hébergement et le déplacement est versée, sur prescription médicale, selon indication figurant sur la Fiche descriptive de la garantie choisie.

Prestation Naissance

5.8 Forfait naissance et adoption

Il s'agit d'une prime dont le montant est déterminé par la garantie souscrite par l'adhérent ou l'ayant droit.

Par extension la même prime est versée en cas d'adoption, selon les mêmes conditions.

En cas de naissance pluri gémellaire, il sera versé autant de forfaits que d'enfants.

Pour bénéficier de cette prestation, l'enfant devra être inscrit dans la même garantie que l'un de ses parents ayant accompli son délai d'attente, dans les deux mois qui suivent la naissance.

LES OPTIONS

Les options suivantes peuvent être souscrites en option de certaines garanties santé :

1. LES OPTIONS SANTÉ

1.1 LE COMPLEMENT HOSPITALISATION

1.1.1 Chambre particulière

Si la garantie de l'adhérent le prévoit, en cas d'hospitalisation comprenant au moins une nuitée, la Mutuelle prend en charge ou rembourse la chambre particulière sur la base d'un tarif journalier (révisable annuellement) pour les établissements conventionnés et non conventionnés dans les conditions qui suivent :

- Pour une durée illimitée en chirurgie
- Pour une durée limitée à 60 jours par an en hospitalisation médicale
- Pour une durée limitée à 30 jours par an en séjour psychiatrique et pour traitement lié à l'éthylisme
- Pour une durée limitée à 30 jours dans les services de réadaptation, rééducation et maison de convalescence
- Pour une durée limitée à 10 jours en maternité

Le remboursement de ces frais sera effectué à l'établissement dans le cas d'une délivrance de prise en charge, à l'adhérent sur présentation de la facture acquittée, dans les conditions indiquées ci-dessus.

1.1.2 Frais d'accompagnement

Lorsque l'option Complément Hospitalisation est souscrite, pour toute hospitalisation prise en charge la Mutuelle rembourse les frais exposés par l'accompagnant, sur présentation des justificatifs des dépenses réglées à l'établissement de soins, avec un maximum journalier et un maximum total indiqués sur la Fiche descriptive de la garantie.

1.1.3 Frais de télévision

Lorsque l'option Complément Hospitalisation est souscrite, pour toute hospitalisation prise en charge la Mutuelle rembourse les frais de télévision sur présentation des justificatifs des dépenses réelles réglées à l'établissement de soins, avec un maximum journalier et un maximum total indiqués sur la Fiche descriptive de la garantie.

Les forfaits annuels Prévention et Médecine douce sont attribués dans les limites figurant sur la Fiche descriptive de la garantie, pour des soins prescrits médicalement ou réalisés par un praticien diplômé et non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire :

1.2 L'OPTION PREVENTION

Densitométrie osseuse Amniocentèse

Contraception : sur prescription médicale prise en charge de la pilule et de l'anneau contraceptifs Sevrage tabagique : substituts nicotiniques (patchs, gommes, etc...)

Consultations diététicien, podologue, allergologue. Vaccins du voyageur

Test hémo occult (prédépistage cancer du côlon)

1.3 L'OPTION MEDECINE DOUCE

Acupuncture : pour des soins réalisés par un médecin spécialiste ou généraliste

Chiropractie : le chiropracteur doit être titulaire d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un Institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens.

Homéopathie

Ostéopathie : l'ostéopathe doit obligatoirement être inscrit sur la liste départementale de la profession d'Ostéopathe et être enregistré à l'ARS (Agence Régionale de santé) ; pour justifier du respect de ces conditions, il doit fournir à la mutuelle le document intitulé « Attestation d'inscription au Répertoire Adeli ».

Réflexologie

Etiopathie : l'étiopathe doit obligatoirement être inscrit au Registre National des Etiopathes.

2. AUTRES OPTIONS

- Prévis Accident
- Préjudis Santé

Une notice d'information spécifique est remise à l'Adhérent et/ou l'ayant droit en même temps que la Fiche Garantie.

V] Statuts et Règlement Intérieur

Gestionnaire du site Internet mutuelle-internet.com.

STATUTS *Mutuelle Solidarité d'Aquitaine (Assemblée générale du 18 juin 2020) substituée par*
PAVILLON PREVOYANCE,

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre 1^{er} – Formation et objet de la mutuelle

Article 1^{er} – Dénomination de la mutuelle

Il est constitué une mutuelle dénommée MUTUELLE SOLIDARITE D'AQUITAINE, personne morale de droit privé à but non lucratif et soumise aux dispositions du Livre II du nouveau code de la mutualité.

Article 2 – Siège de la mutuelle

Le siège de la mutuelle est situé 90 Avenue Thiers 33072 BORDEAUX cedex. Il peut être transféré à tout endroit de la même ville sur simple décision du Conseil d'Administration.

Article 3 – Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet :

1) De réaliser indirectement par le biais d'une convention de substitution conclue avec l'Union PAVILLON PREVOYANCE les opérations d'assurance suivantes :

- a) Couvrir les risques de dommages corporels liés à la maladie et à certains accidents de la vie privée
- b) Contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés

2) De participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L. 160-17 et L. 611-3 du code de la sécurité sociale et des articles L. 723-2, L. 731-30 à L. 731-34, L. 741-23 et L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques.

3) D'accepter les engagements mentionnés au 1^o ci-dessus en réassurance. La mutuelle peut également se réassurer auprès de tout organisme, régi ou non régi par le code de la mutualité. Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance sont fixées par l'Assemblée Générale.

4) D'être membre le cas échéant d'une Union Mutualiste de Groupe.

5) De mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales dans la mesure où ces activités sont accessoires, et accessibles uniquement :

– aux membres participants de ses membres adhérents et à leurs ayants droit, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;

– aux souscripteurs d'un contrat proposé par une entreprise relevant du code des assurances, par une institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale ou par une autre mutuelle d'assurance, et ayant passé une convention avec elle, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec ces souscripteurs.

La substitution confère à la Substituante PAVILLON PREVOYANCE, à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle convention de

substitution le 30 décembre 2018, un pouvoir de contrôle renforcé sur la gestion de la Substituée.

Ce pouvoir de contrôle s'exerce pour la fixation des prestations et des cotisations dans les conditions prévues par la convention de substitution conclue avec l'Union PAVILLON PREVOYANCE.

Ce pouvoir de contrôle porte également sur la politique salariale et de recrutement, sur les plans de sauvegarde de l'emploi, sur la conclusion de contrats d'externalisation de prestations, sur la conclusion par la Substituée d'opération d'acquisition ou de cession d'immeubles par nature, d'acquisition ou de cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, de constitution de sûretés et d'octroi de cautions, avals ou garanties.

LE CAS ECHEANT : Elle contrôle également la désignation du dirigeant opérationnel de la mutuelle substituée.

Dans le cadre du paragraphe précédent et pour les domaines qui y sont visés, toute décision de la Substituée, qu'elle qu'en soit l'origine (assemblée générale, conseil d'administration, Dirigeant effectif, etc..) devra être soumise préalablement pour approbation au Conseil d'administration de la Substituante. Tous les éléments relatifs à ces décisions doivent être communiqués au conseil d'administration de la substituant au moins deux mois avant la prise de décision envisagée. A défaut le Conseil d'administration de la substituant est en droit de refuser d'approuver la mesure proposée. En cas de refus d'approbation par la substituant des décisions envisagées par la substituée et visées au présent paragraphe, la substituée ne peut prendre la mesure envisagée.

Plus généralement, la Substituante s'assure du bon fonctionnement des instances de la Substituée et que leurs décisions soient conformes à l'ensemble de leurs obligations légales et réglementaires. Elle peut demander à la substituant de faire régulièrement procéder par des conseils externes à des audits de conformité juridique et réglementaire.

En cas de carence de la mutuelle substituée pour fixer les paramètres qui rentrent dans le champ du contrôle de la substituant, ces derniers sont alors déterminés par la substituant.

Article 4 – Règlement intérieur

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

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et qu'aux règlements mutualistes.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement si celles-ci ne relèvent pas de la compétence de l'assemblée générale. Celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.

Article 5 – Règlements mutualistes

En application de l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité, un ou plusieurs règlements mutualistes adopté(s) par le Conseil d'administration définissent le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 6 – Respect de l'objet des mutuelles

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L.111-1 du Code de la mutualité.

Article 7 – Informatique et liberté

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant au siège social de la mutuelle.

Chapitre II – Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion.

Section 1 – L'adhésion

Article 8 – Conditions d'adhésion

La mutuelle admet des membres participants dans les conditions définies aux règlements mutualistes et peut admettre des membres honoraires, lesquels s'obligent à respecter les statuts, le règlement intérieur et le(s) règlement(s) mutualiste(s).

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

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

Est considéré comme ayant droit d'un membre participant : le conjoint de l'adhérent légitime ou séparé, divorcé ou veuf ; le concubin ; le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ; les enfants âgés de moins de seize ans, non salariés ; la personne vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge et les ascendants, descendants et collatéraux, sauf refus express du représentant légal.

Sauf refus express de leur part, les ayants droits de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle ou de l'union.

Les membres honoraires sont des personnes physiques ou morales qui versent des cotisations, des contributions ou font des dons à la mutuelle sans bénéficier des prestations définies dans le règlement ou dans un contrat collectif souscrit par une personne morale.

La mutuelle peut admettre comme membres honoraires les personnes morales ayant souscrit des contrats collectifs auprès de cette dernière ainsi que les représentants des salariés de ces personnes morales.

Article 9 – Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s) mutualiste(s), ou tout autre document équivalent remis préalablement à la signature du contrat dans le respect du délai légal de réflexion

Article 10 – Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I – Opérations collectives facultatives

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion laquelle emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis au contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale, des salariés de l'entreprise ou des membres d'une personne morale et la mutuelle.

II – Opérations collectives obligatoires

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

Section 2 – Radiation et exclusion

Article 11 – Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles l'article 8 des présents statuts et le règlement mutualiste subordonnent l'adhésion dans les conditions précisées au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 12 – Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté dans les conditions précisées dans le(s) règlement(s) mutualiste(s).

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.

Article 13 – Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion.

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre 1^{er} – Assemblée générale

Section 1 – Composition, élection

Article 14 – Composition de l'Assemblée générale

L'assemblée générale de la mutuelle est composée de délégués répartis en collèges.

Ces collèges sont les suivants :

Collège 1 : délégués représentant les membres au titre des opérations individuelles

Collège 2 : délégués représentant les membres au titre des opérations collectives

Article 15 – Sections de vote

Afin de permettre à chacun des membres participants et honoraires de participer à la vie de la mutuelle, celle-ci est organisée en sections de vote.

L'Assemblée générale est composée de deux sections de vote :

Section 1 : opérations individuelles

Section 2 : opérations collectives

Article 16 – Election des délégués

Les membres participants et les membres honoraires de chaque section de vote élisent parmi eux les délégués à l'Assemblée générale de la mutuelle, lesquels sont répartis par collèges. Les membres participants et les membres honoraires procèdent à l'élection, au sein de leur section de vote, d'un délégué titulaire et d'un délégué suppléant par tranche entière de 1 000 membres participants ou honoraires.

Les délégués sont élus pour 6 ans. Ils sont élus à bulletins secrets par scrutin de liste, majoritaire à un tour. Il est procédé à l'élection des

délégués soit en Assemblée générale de section de vote et par correspondance pour les membres empêchés, soit par correspondance seulement.

La perte de qualité de membre entraîne celle de délégué.

Article 17 – Empêchement d'un délégué

En cas d'empêchement du délégué, le délégué empêché donne pouvoir à un autre délégué.

Le nombre de pouvoirs qu'un délégué non administrateur peut représenter est plafonné à un montant de 3, auquel s'ajoute sa propre voix, soit un total de 4 maximum.

Article 18 – Vacance en cours de mandat d'un délégué

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section, le délégué suppléant remplace le délégué titulaire pour la durée du mandat de celui-ci restant à courir.

Le délégué suppléant appelé à remplacer le délégué titulaire est le 1er suppléant défini dans l'ordre de la liste élu dans la section de vote concernée.

Section 2 – Réunions de l'assemblée générale

Article 19 – Convocations de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration.

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

1° La majorité des administrateurs composant le conseil

2° Les commissaires aux comptes

3° La commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1, d'office ou à la demande d'un membre participant

4° Un administrateur provisoire nommé par la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1, à la demande d'un ou plusieurs membres participants

5° Les liquidateurs

Article 20 – Modalités de convocation de l'Assemblée générale

La convocation est faite quinze jours au moins avant la date de réunion, dans les conditions déterminées selon les articles D114-2 à D 114-5 et D114-7 du Code de la Mutualité.

Les délégués composant l'Assemblée générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par Arrêté du Ministre chargé de la Mutualité

Article 21 – Ordre du jour

L'ordre du jour précise chacune des questions soumises à la délibération de l'Assemblée générale.

Il est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués ont la faculté de requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée suivant les dispositions fixées par décret

Section 3 – Attributions de l'Assemblée générale

Article 22 – Compétences de l'assemblée générale

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

Elle peut, en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'administration et procéder à leur remplacement ou encore prendre toutes les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles.

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

1° Les modifications des statuts

2° Les activités exercées

3° L'existence et le montant des droits d'adhésion

4° L'adhésion à une union ou à une fédération, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle ou de l'union, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou union

5° Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance

6° L'émission des titres participatifs, les émissions d'obligations et de titres subordonnés

7° Le transfert de tout ou partie du portefeuille d'opérations que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire

8° Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent

9° Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe

10° le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées

11° Le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opéré entre les mutuelles et unions régies par le livre II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes

12° Le plan prévisionnel de financement

13° La nomination des commissaires aux comptes

14° La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, relatif à la dissolution dans les présents statuts

15° Les délégations de pouvoirs prévues à l'article 25 des présents statuts

16° Les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité

17° La conclusion d'une convention de substitution

18° Le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission

19° Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 ;

20° Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2.

Article 23 – Modalités de vote de l'Assemblée générale

I – Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, toute décision de transfert de portefeuille, en acceptation comme en cession, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, la fusion, la scission, la dissolution de l'Union ou la création d'une mutuelle ou d'une Union, l'Assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance conformément au III, est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance conformément au III, représente au moins le quart du nombre total des délégués.

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

II. Autres délibérations

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I ci-dessus, l'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance conformément au III, est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance conformément au III.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents ou représentés.

III. Recours exceptionnel au vote par correspondance

En cas de sinistre ou d'événement interne ou externe à la Mutuelle empêchant la réunion physique des membres de l'Assemblée Générale, le Président et le 1^{er} Vice-président de la Mutuelle, ou à défaut de l'un, le vice-Président le plus âgé, peuvent décider conjointement d'organiser le vote par correspondance. Les modalités précises du vote par correspondance sont mentionnées à l'article 4.2 du règlement intérieur.

Les calculs du quorum et de la majorité prévus au I et II restent inchangés.

Article 24 – Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale et du Conseil d'administration

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

Les modifications des montants des cotisations ainsi que des prestations et plus généralement les modifications des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

Chapitre II – Conseil d'administration

Section 1 – Composition, élections

Article 25 – Composition

La mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé d'administrateurs élus à bulletins secrets par les délégués de l'Assemblée générale parmi les membres participants et les membres honoraires. Le règlement intérieur précise les conditions de présentation des candidatures et d'élection des administrateurs.

Le Conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

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

Le Conseil d'administration est composé de 10 à 12 membres.

Article 26 – Conditions d'éligibilité, limite d'âge

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

- Etre âgés de 18 ans révolus ;
- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité ;
- Disposer de l'honorabilité de la compétence et de l'expérience requises, lesquelles sont appréciées par l'ACPR dans les conditions prévues à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

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

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

Article 27 – Cumul des mandats

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations, déduction faite de ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L 111-3 et L 111-4 du code de la mutualité.

Article 28 – Durée du mandat

Les membres du Conseil d'administration sont élus pour une durée de 6 ans.

La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat.

Les membres qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- Lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou membre honoraire de la mutuelle
- En cas de décès, démission ou de cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L. 612-21-3 du code monétaire et financier ;
- Lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge dans les conditions mentionnées à l'article 26
- Lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L 114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article
- Trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L 114-21 du Code de la mutualité

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

Article 29 – Renouvellement du Conseil d'administration

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les 2 ans. Les membres sortants sont rééligibles.

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

Article 30 – Vacance

En cas de vacance de poste d'un administrateur en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution 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, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

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

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

SECTION 2 – Réunion du Conseil d'administration

Article 31 – Réunions

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président et au moins 1 fois par an.

Le Président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil et le joint à la convocation qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'administration cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

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

Article 32 – Représentation des salariés au Conseil d'administration

Pas de représentativité au sein du conseil d'administration : pas de salarié à SOLIDARITE D'AQUITAINE, convention de gestion avec PAVILLON PREVOYANCE.

Article 33 – Délibération du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de sinistre ou d'événements interne ou externe à la Mutuelle empêchant la réunion physique des administrateurs le Président et le 1^{er} Vice-président de la Mutuelle, ou à défaut de l'un, le vice-Président le plus âgé, peuvent décider, conjointement, de tenir le Conseil d'administration à distance, par des moyens de télécommunications ou de visioconférence.

Dans cette hypothèse, sont réputés présents, pour le calcul du quorum et de la majorité, les membres du Conseil d'administration qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions définies à l'article 6 du règlement intérieur.

En cas de partage des voix, la voix du Président du Conseil d'administration est prépondérante.

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

Les membres du Conseil d'administration ne peuvent ni se faire représenter ni voter par correspondance.

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

Article 34 – Démission d'office

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 3 séances. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée générale suivante.

Section 3 – Attributions du Conseil d'administration

Article 35 – Compétences

Le Conseil d'administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application.

Le Conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme.

Il se prononce sur la compatibilité des fonctions de dirigeant avec la poursuite de l'exercice de ses activités ou fonctions. Ultérieurement, il se prononce également sur les autres activités ou fonctions que le dirigeant entend exercer.

Le Conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique.

Le Conseil d'administration établit les comptes et rapports suivants :

- A la clôture de chaque exercice, le Conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L.114-17 du Code de la mutualité.
- Il établit les comptes consolidés ou combinés lorsque la mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée générale.
- Il établit le rapport de solvabilité mentionné à l'article L.212-3. et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus values latentes mentionnées à l'article L.212-6.
- Il approuve le rapport sur le contrôle interne.
- Il fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale et dans le respect des pouvoirs de contrôle préalable de la substituant.
- Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.
- Il adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale et dans le respect des pouvoirs de contrôle préalable de la substituant. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.
- LE CAS ECHEANT : Il nomme, sur proposition du président du conseil d'administration, le dirigeant opérationnel, approuve les

éléments de son contrat de travail et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle dans le respect des pouvoirs de contrôle préalable de la substituant.

- Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.
- Il dispose pour pourvoir au bon fonctionnement de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée générale ou à un autre organe de la mutuelle dans le respect des pouvoirs de contrôle préalable de la substituant.

Article 36 – Délégation des pouvoirs

Le conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions et au(x) Directeur(s) salarié(s) de Pavillon Prévoyance dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et conformément à la convention de délégation de gestion conclue entre Pavillon Prévoyance et la Solidarité d'Aquitaine.

Article 37 – Nomination d'un dirigeant salarié

Sans objet : faisant référence à l'article 33.

Section 4 – Statut des administrateurs

Article 38 – Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

Les administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L.114-26 du Code de la Mutualité et les textes réglementaires pris pour application.

Article 39 – Interdiction

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

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

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

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans les conditions contraires aux articles 42 – 43 – 44 des présents statuts.

Article 40 – Obligations des administrateurs

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

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une

fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard.

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pur l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Article 41 – Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du Conseil d'administration

Sous réserve des dispositions de l'article 44 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'administration.

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

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur (ou un dirigeant salarié) et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité.

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du Code de la mutualité.

Le Conseil d'administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

Article 42 – Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs, telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du Code de la Mutualité, sont communiquées par l'intéressé au Président du Conseil d'Administration.

La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux Commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée générale dans les conditions de l'article L.114-33 du Code de la mutualité.

Article 43 – Conventions interdites

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

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

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

Article 44 – Responsabilité

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

Chapitre III – Président et bureau

Section 1 – Le président

Article 45 – Election et révocation

Le président est élu par le Conseil d'administration pour une durée de 6 ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.

Le Président du Conseil d'administration ne peut exercer simultanément en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur dont au plus deux mandats de Président du Conseil d'administration d'une fédération, d'une union ou d'une mutuelle.

Dans le décompte des mandats du président :

- Ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles et unions créées en application des articles L 111-3 et L 111-4 du code de la mutualité
- Sont pris en compte pour un seul mandat ceux détenus dans des organismes mutualistes faisant partie d'un ensemble soumis à l'obligation d'établir des comptes consolidés ou combinés dans les conditions prévues à [l'article L. 212-7](#) du code de la mutualité.
- Ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les fédérations définies à [l'article L. 111-5](#) et les unions qui ne relèvent ni du livre II ni du livre III, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

Les conditions de présentation des candidatures et d'élection sont précisées dans le règlement intérieur.

Article 46 – Vacance

En cas de décès, de démission et de perte de la qualité d'adhérent, ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L. 612-23-1 du Code monétaire et financier du président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le 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 47 – Missions

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

Le Président du Conseil d'administration organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre 1^{er} 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 attributions qui leur sont confiées.

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

Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il communique aux commissaires aux comptes la liste et l'objet de toutes les conventions portant sur des opérations courantes.

Il engage les recettes et les dépenses.

Section 2 – Le bureau

Article 48 – Election

Les membres du bureau sont élus pour 2 ans par le Conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit

l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration.

Les candidatures au poste de membre du bureau sont adressées par pli recommandé avec avis de réception à la mutuelle, quinze jours au plus tard avant la date de l'élection.

Les modalités de vote sont identiques à celles prévues pour l'élection des administrateurs.

Article 49 – Composition

Le bureau est composé de la façon suivante :

- Le Président du Conseil d'administration
- Le 1^{er} Vice-président
- Un ou plusieurs Vice-présidents

Article 50 – Réunions et délibérations

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

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

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

Le bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante. En cas de sinistre ou d'événements interne ou externe à la Mutuelle empêchant la réunion physique des membres du bureau le Président et le 1^{er} Vice-président de la Mutuelle, ou à défaut de l'un, le vice-Président le plus âgé, peuvent décider, conjointement, de tenir le bureau par des moyens de télécommunications ou de visioconférence. Dans cette hypothèse sont réputés présents, pour le calcul du quorum et de la majorité, les membres du bureau qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions définies à l'article 9 du règlement intérieur.

Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé par le bureau de la réunion suivante.

Article 51 – Le(s) Vice-Président (s)

Le 1^{er} Vice-président assume les fonctions du Président en cas d'indisponibilité temporaire de celui-ci.

En cas d'indisponibilité du Président et du premier Vice-président, le(s) Vice-président(s) le suppléent.

Chapitre IV – Organisation des sections de la mutuelle

Section 1 – Sections locales

Article 52 – Règlement intérieur

Le règlement intérieur peut fixer les modalités de fonctionnement des sections de vote de la mutuelle.

Chapitre V – Organisation financière

Article 53 – Les produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- 1° Le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'assemblée générale
- 2° Les cotisations globales des membres participants et des membres honoraires
- 3° Les dons et les legs mobiliers et immobiliers
- 4° Les produits résultant de l'activité de la mutuelle
- 5° Plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions, prêts

Article 54 – Charges

Les charges comprennent :

1. Les diverses prestations servies aux membres participants
2. Les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle
3. Les versements faits aux Unions et Fédérations
4. La participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination
5. Les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds
6. Les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévue à l'article L 111-5 du Code de la Mutualité
7. La redevance prévue à l'article L 951- 2° du Code de la Sécurité Sociale et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution pour l'exercice de ses missions
8. Plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement

Article 55 – Vérification préalable

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

Article 56 – Apports et transferts financiers

En cas de création de mutuelles définies par l'article L.111-3 du Code de la mutualité, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle créée, dans les conditions prévues à ces articles, à condition que ceux-ci ne remettent pas en cause les exigences de solvabilité.

Article 57 – Placement et retrait des fonds

Le règlement intérieur détermine les modalités de placements et de retraits des fonds de la mutuelle dans le respect des conditions prévues par les articles L 212-1et suivants du Code de la mutualité.

Article 58 – Système de garantie

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

Article 59 – Commissaire aux comptes

En vertu de l'article L 114-38 du Code de la mutualité, l'Assemblée générale nomme au moins un Commissaire aux Comptes et un suppléant choisi sur la liste mentionnée à l'article L 225-219 du Code du commerce.

Le Président convoque le Commissaire aux Comptes à toute Assemblée générale.

Le Commissaire aux Comptes :

- Certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature, versés à chaque Administrateur
- Certifie les comptes consolidés établis par le Conseil d'administration,
- Prend connaissance de l'avis donné par le président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L 114-32 du Code de la mutualité,
- Etablit et présente à l'Assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L 114-34 du Code de la mutualité
- Fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) tout renseignement sur l'activité de celle-ci, sans pouvoir opposer le secret professionnel
- Signale sans délai à l'ACPR tous faits et décisions mentionnés à l'article L 510-6 du Code de la mutualité dont il a connaissance
- Porte à la connaissance du Conseil d'administration et de l'ACPR les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de commerce,
- Signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission

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

TITRE III – INFORMATION DES ADHERENTS

Article 60 – Etendue de l'information

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

Il est informé :

- Des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès
- Des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent
- Du système de garantie auquel la mutuelle adhère

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 61 – Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 23 I des statuts.

L'assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un (ou plusieurs) liquidateur(s) qui peu(ven)t être choisi(s) parmi les membres du conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs et des membres de la Commission de Contrôle statutaire.

L'assemblée générale régulièrement constituée conserve, pendant la liquidation, les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, des pouvoirs spéciaux au(x) liquidateur(s).

L'assemblée générale qui se prononce sur la dissolution et qui statue dans les conditions prévues à l'article 23 I des présents statuts désigne le ou les attributaires de l'excédent de l'actif net sur le passif. Ces attributaires sont d'autres mutuelles, unions ou fédérations, le fonds de solidarité et d'action mutualiste mentionné à l'article L. 421-1, ou le fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

A défaut de dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif par l'assemblée générale ayant prononcé la dissolution, celui-ci est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1.

Article 62 - Interprétation

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

Article 63 - Médiation

En cas de difficulté liée à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser à la Mutuelle SOLIDARITE D'AQUITAINE – 90 avenue Thiers – 33072 BORDEAUX cedex.

REGLEMENT INTERIEUR *Mutuelle Solidarité d'Aquitaine (Assemblée générale du 11 juin 2018) substituée par* **PAVILLON PREVOYANCE**
Gestionnaire des sites Internet Mutuelle-Internet.com, Votre-mutuelle-moins-chere.com et La-mutuelle-des-seniors.com

**CHAPITRE I :
OBJET DU REGLEMENT INTERIEUR - DATE D'EFFET ET DUREE**

TITRE I – OBJET

ARTICLE 1

Le présent Règlement Intérieur élaboré conformément à l'Article 4 des statuts de la Mutuelle a pour objet de préciser plus particulièrement les conditions d'applications des statuts de la Mutuelle notamment les dispositions des articles 14; 15; 16; 17; 26; 49; 60; 65.

Tous les adhérents de la Mutuelle sont tenus de s'y conformer.

TITRE II – DATE D'EFFET, DUREE

ARTICLE 2

Les textes du présent Règlement intérieur sont applicables dès son approbation par l'Assemblée Générale.

Ils peuvent être modifiés par délibération du Conseil d'Administration, les modifications ainsi apportées deviennent applicables immédiatement si celles-ci ne relèvent pas de la compétence de l'assemblée générale et doivent être ratifiées par la plus proche Assemblée Générale.

TITRE IV – ELECTION DES DELEGUES

ARTICLE 3

La date de l'élection des délégués est fixée au plus tard deux mois avant la date de l'Assemblée Générale de la Mutuelle à laquelle ils seront convoqués pour la première fois.

ARTICLE 4

L'élection des délégués se fera à l'aide d'un vote par correspondance à bulletins secrets.

ARTICLE 5

Les modalités des élections sont les suivantes :

A - APPEL A CANDIDATURE

Pour établir la liste des candidats se présentant à l'élection de délégué dans chaque section de vote, l'appel à candidature se fera par l'intermédiaire d'une information dans le journal de liaison dans lequel la mutuelle par l'intermédiaire de l'Union Pavillon Prévoyance disposera d'un encart, cette information pourra être reliée par insertion avec les règlements des prestations, les relevés mensuels ...

Toute candidature au poste de délégué pourra se faire à l'aide du coupon réponse inséré dans la page de ~~notre~~ la revue ou sur papier libre en reprenant les informations demandées sur le coupon.

Les candidatures doivent être adressées par lettre recommandée avec accusé de réception à l'intention du Président de la Mutuelle, avant la date de clôture spécifiée lors de l'appel à candidature (le cachet de la poste faisant foi).

B - MODALITES DE VOTE

Les services de la Mutuelle établiront les bulletins de vote par section de vote en tenant compte de l'ordre alphabétique des candidatures reçues dans les conditions précisées ci-dessus.

Ces bulletins de vote seront adressés par correspondance à chaque membre participant de la section concernée. Cet envoi devra se faire au plus tard trois semaines après la date fixée pour la clôture de la liste des candidats.

Le vote ne pourra se faire que par correspondance et qu'à l'aide du matériel électoral adressé par la Mutuelle dont le retour devra avoir lieu au plus tard pour la date précisée sur le document de retour. (le cachet de la poste faisant foi)

Tout bulletin parvenant après la date prévue ne pourra être pris en compte, tout envoi parvenant à la Mutuelle ne respectant pas les modalités prévues sera considéré comme nul.

C - DEPOUILLEMENT

Le dépouillement aura lieu le premier mardi qui suit la date limite de retour. Il sera effectué par une commission de dépouillement composée d'une part du Président, d'autre part du 1^{er} Vice-Président ou du(des) Vice-Président(s) en cas d'empêchement du Président ou du 1^{er} Vice-président.

D - RESULTAT DU SCRUTIN

Conformément à l'article 16 des statuts de la Mutuelle, la désignation des Délégués titulaires et suppléants dans chaque collège se fera dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenus par chaque candidat.

En cas d'égalité des voix est proclamé élu le plus jeune.

E - INFORMATIONS

Tous les candidats élus ou non élus seront avisés dans les quinze jours suivant le dépouillement du résultat de celui-ci.

TITRE V – ELECTION DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 6

Conformément à l'article 26 des statuts de la Mutuelle, le Conseil d'Administration est composé de 10 à 12 membres.

Le nombre d'Administrateurs âgés de plus de 70 ans ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration.

ARTICLE 7

Les déclarations de candidatures aux fonctions d'Administrateur doivent être adressées par pli recommandé avec accusé de réception au siège de la Mutuelle au plus tard quinze jours francs avant la date de l'Assemblée Générale qui aura à procéder à l'élection.

ARTICLE 8

Conformément à l'article 29 des Statuts de la Mutuelle, les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une période de six années par tiers renouvelable par l'Assemblée Générale conformément aux dispositions des articles 29 - 30 et 31 des Statuts de la Mutuelle.

Le vote aura lieu à bulletins secrets et au scrutin majoritaire à deux tours.

TITRE VI – ELECTION DU PRESIDENT ET DES MEMBRES DU BUREAU

ARTICLE 9

Les déclarations de candidatures aux fonctions de Président doivent être adressées par pli recommandé avec accusé de réception au siège de la Mutuelle au plus tard quinze jours francs avant la date de la réunion du Conseil d'Administration

ARTICLE 10

Conformément à l'article 49 des Statuts de la Mutuelle, les membres du Bureau sont élus pour une période de deux années par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale.

Le vote pour chaque poste aura lieu à bulletins secrets et au scrutin majoritaire à deux tours.

ARTICLE 11

Les déclarations de candidature aux postes de membre du Bureau doivent parvenir au Siège de la Mutuelle au plus tard quinze jours francs avant la date de réunion du Conseil d'Administration qui aura à procéder à l'élection.

ARTICLE 12

Le Président, les Membres du Bureau ainsi que les Administrateurs sortants sont rééligibles, sous réserve de remplir les conditions d'éligibilité prévues par les Statuts et Règlements de la Mutuelle.

TITRE VII ORGANISATION DES SECTIONS DE VOTE DE LA MUTUELLE

ARTICLE 13

Les sections de vote constituées n'ont pas de personnalité juridique distincte de celle de la mutuelle.

ARTICLE 14

Chaque section administrée par une Commission de Gestion Spéciale composée au plus de 6 membres, élus par les membres de la section de vote.

ARTICLE 15

La Commission de Gestion Spéciale de chaque section de vote est présidée par le Président du Conseil d'Administration de la Mutuelle SOLIDARITE D'AQUITAINE ou par tout administrateur à qui il a délégué expressément cette habilitation.

ARTICLE 16

La Commission de Gestion Spéciale de la section de vote peut recevoir délégation du Conseil d'Administration de la Mutuelle SOLIDARITE D'AQUITAINE pour mener une action de solidarité et de secours dans le cadre des dispositions générales prévues au Règlement de la Commission d'Actions Sociales.

Ces actions ne peuvent en aucun cas porter sur les domaines de compétence dévolus à l'assemblée générale et au conseil d'administration de la Mutuelle ainsi qu'à la substituant.

Elle rend compte des opérations prises en charge au Conseil d'Administration de la Mutuelle SOLIDARITE D'AQUITAINE et à celui de la substituant par l'établissement d'un rapport trimestriel indiquant la nature de l'aide apportée, le ou les bénéficiaires, le montant alloué et tient ainsi la comptabilité avec les justificatifs pour les aides, secours, allocations attribués.

ARTICLE 17

Le rapport annuel est établi chaque année avant le 31 janvier de l'année pour le bilan des opérations d'Actions Sociales menées par la Commission de Gestion Spéciale dans le cadre des crédits qui lui ont été attribués.

ARTICLE 18 - placements et retraits des fonds

Les placements ainsi que les retraits des fonds sont effectués dans le respect des dispositions légales du Code de la Mutualité et en application des décrets réglementaires, entre autres sur les actifs réglementés par nature et par quantum.

Le Bureau du Conseil d'Administration de la Mutuelle SOLIDARITE D'AQUITAINE et de la substituant donne son avis sur la stratégie de placement qui lui est présentée par les ou les responsables (s) administratif (s) accrédité (s).

Le bureau du Conseil d'Administration de la Mutuelle SOLIDARITE D'AQUITAINE et de la substituant est également informé de l'évolution des placements et des retraits de fonds.

Les procédures et modalités relatives à ceux-ci sont régies en application des décisions du bureau du Conseil d'Administration par les dispositions relevant des délégations de signatures ainsi que par toute(s) note(s) de service pouvant émaner du Président ou d'un responsable administratif.

Le bureau du Conseil d'Administration décide des signatures autorisées pour ces opérations.

Ce règlement Intérieur pourra être modifié le cas échéant, en fonction de nouvelles dispositions dans le cadre des décrets d'application non parus à ce jour.