

MUTUELLE DES CHEMINOTS DE NORMANDIE

Relevant du livre II et inscrite sous le N° SIREN 337 643 431

STATUTS REGLEMENT INTERIEUR REGLEMENT MUTUALISTE

Adoptés par l'Assemblée Générale du 21 octobre 2014

Applicables du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015

Statuts

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I

Formation et objet de la mutuelle

Article 1. Dénomination du siège

Une mutuelle appelée Mutuelle des Cheminots de Normandie est établie à : 39 rue du 11 Novembre 14000 Caen, Tél. 02.31.35.67.00.

Elle est régie par le Code de la mutualité, et soumise à son Livre II.

Elle est inscrite au registre national des mutuelles sous le N° 337 643 431

Article 2. Objet

La mutuelle a pour objet, au moyen de la cotisation de ses membres, de mener dans l'intérêt de ceux-ci et de leur famille, une action de prévoyance, de prévention, de solidarité et d'entraide en vue de réaliser les opérations d'assurance suivantes :

- couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie de la branche 1 et 2, sous - branche b, prestations indemnitaires ;
- se substituer à leurs demandes à d'autres mutuelles, conformément à l'article L. 211-5 du Code de la mutualité ;
- assurer à titre accessoire la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ;
- passer les conventions nécessaires pour l'accès des membres participants aux réalisations sanitaires et sociales gérées par tout groupement mutualiste ;
- réassurer à la demande de mutuelles, les engagements qu'elles ont contractés auprès de leurs membres ;
- mettre en œuvre des actions sociales de prévention, d'aides diverses, de secours, dans les limites prévues au Livre III de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité et des limites financières prévues par décret ;
- faire bénéficier les membres participants et leurs ayants droit des services et prestations créées par les fédérations et unions auxquelles la mutuelle adhère.
- La mutuelle fait bénéficier ses membres, de garanties couvrant les frais d'obsèques dans le cadre d'un contrat collectif souscrit auprès d'un organisme agréé.

- La mutuelle exerce l'intermédiation en assurance pour la couverture des garanties liées à la personne en application de l'alinéa 1er de l'article L111-1 du code de la mutualité.

Article 3. 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 membres participants s'engagent à le respecter ainsi que les statuts et le règlement mutualiste.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine assemblée générale.

Article 4. Règlement mutualiste (art L114.1 du code de la mutualité)

Un règlement mutualiste adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

CHAPITRE II

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

Section 1. Conditions d'adhésion

Article 5. Composition

La mutuelle se compose de membres honoraires et des membres participants.

Article 6. Membres honoraires

Les membres honoraires sont soit ceux qui, par leur souscription ou par des services équivalents, contribuent à la prospérité de la mutuelle sans bénéficier de ses avantages, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

A l'exception des personnes morales, les membres honoraires ayant cotisés dix années, désirant devenir membres participants de la mutuelle, sont exonérés des sur-cotisations liées à l'âge de l'adhésion (montant des cotisations art. 31 du règlement mutualiste et art. 5 du Règlement Intérieur).

Article 7. Membres participants

Les membres participants sont ceux, qui, en échange du paiement de leurs cotisations acquièrent ou font acquérir vocation aux avantages assurés par la mutuelle, sans autre distinction que celle qui résulte du régime de protection sociale, des cotisations fournies, de l'âge ou de la situation de famille.

A leur demande expresse, faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal, article L. 114-2 du Code de la mutualité.

Article 8. Adhérents

a) Adhérents individuels :

Acquièrent la qualité d'adhérents à la mutuelle les personnes définies à l'article 7, qui font acte d'adhésion par la signature d'un bulletin d'adhésion et qui remplissent les conditions suivantes :

- être un affilié à un régime de la protection sociale obligatoire ou ouvrant droit à la Couverture Maladie Universelle ;
- être dans une situation permettant de rentrer dans une des catégories définies au règlement mutualiste ;
- n'avoir été exclu d'aucune mutuelle. Si le postulant a fait partie d'une mutuelle, il doit produire un certificat indiquant le motif de la sortie de cet organisme ;

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des règlements, article L. 114-1 du Code de la mutualité.

b) : Adhérents dans le cadre d'un contrat collectif :

1 Contrat facultatif : La qualité d'adhérent à la Mutuelle des Cheminots de Normandie résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, des règlements, article L. 114-1 du Code de la mutualité et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu, entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle

2 Contrat obligatoire : La qualité d'adhérent à la Mutuelle des Cheminots de Normandie résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit, souscrit entre l'employeur ou la personne morale et la mutuelle, en application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Article 9. Ayants droit

Les personnes considérées comme ayants droit d'un membre participant ou du conjoint sont du fait de leurs liens avec ce membre :

- le conjoint ;
- les enfants ayant la qualité d'ayants droit de l'affilié et bénéficiaires, à ce titre, des prestations de la Caisse de prévoyance de la SNCF ;
- les enfants ayant la qualité d'ayants droit de l'affilié ou de son conjoint et bénéficiaires, à ce titre, des prestations de la Sécurité sociale ;
- les enfants ayant la qualité d'ayants droit de l'affilié ou de son conjoint et bénéficiaires, à ce titre, des prestations de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ;
- les enfants du membre participant ou de son conjoint, de moins de vingt ans, en apprentissage et ne percevant pas de rémunération supérieure à 55% du SMIC.
- les enfants du membre participant ou du conjoint, de moins de vingt ans, étudiant ou à la recherche d'un emploi et ne percevant pas d'indemnités supérieures à 55% du SMIC.

Ayants droit de plus de seize ans : Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome. A leur demande ils peuvent percevoir eux-mêmes leurs prestations, article L. 114-2 du Code de la mutualité.

Article 10. Développement

La mutuelle ne peut, pour le recrutement de ses adhérents, ni recourir à des intermédiaires commissionnés, ni attribuer à son personnel des rémunérations qui soient fonction du nombre des adhésions obtenues ou du montant des cotisations versées (article L. 114-31 du Code de la mutualité).

Section 2. Démission, radiation, exclusion

Article 11. Versement des prestations

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

Article 12. Démission (résiliation)

a) Contrats adhérents individuels :

La démission est donnée par écrit dans les conditions fixées au règlement mutualiste (article L. 221-17 du Code de la mutualité.) Seules les démissions pour cas de force majeure pourront donner lieu à dérogation de la part du conseil d'administration de la mutuelle (article 6 du règlement mutualiste).

b) : Adhérents dans le cadre d'un contrat collectif :

La résiliation s'effectue selon les conditions prévues au contrat collectif, dans les formes et délais fixés.

Elle entraîne la perte de la qualité de membre participant pour l'employeur ou la personne morale et de ses membres participants affiliés.

Article 13. Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le conseil d'administration.

Sont également radiés les membres participants qui n'ont pas payé leur cotisation due dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice. A l'expiration d'un délai de trente jours après la mise en demeure du membre participant, et à défaut de paiement de la cotisation, la mutuelle peut dix jours après ce délai résilier ses garanties, article L. 221-7 du Code de la mutualité.

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

Article 14. Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement un préjudice aux intérêts de la mutuelle dûment constaté dans les conditions fixées au règlement du mutualiste (article 7).

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

Le membre dont l'exclusion est proposée peut faire appel au médiateur désigné parmi les membres adhérents de la mutuelle, dont le rôle est de tenter à parvenir à une solution entre l'adhérent et la mutuelle. A l'extinction de ce recours interne, l'adhérent doit adresser à la Mutuelle des Cheminots de Normandie, une demande de saisine du médiateur FNMF. Cette demande est transmise par la mutuelle à l'instance fédérale. L'avis du médiateur fédéral ne préjuge pas du droit du membre participant de saisir la justice.

Article 15. Remboursement

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

TITRE II

Administration de la mutuelle

CHAPITRE I

Assemblée générale

Section 1. Composition, élections

Article 16. (Article 1 du règlement intérieur)

Il peut être créé, au sein de la mutuelle, des sections départementales ou locales fonctionnant selon les dispositions prévues dans les règlements de ces sections soumis à l'approbation de l'autorité de tutelle dont elles dépendent (*article 1 du règlement intérieur*).

Article 17. Composition assemblée générale

L'assemblée générale est composée des délégués élus au suffrage direct pour une durée de trois ans (*voir art 6 du règlement intérieur pour les modalités de vote*)

Article 18. Élection des délégués titulaires et suppléants (art 6 du règlement intérieur)

Les membres participants (et honoraires) élisent parmi eux les délégués composant l'assemblée générale de la mutuelle. Les délégués sont élus pour trois ans.

Les mineurs de plus de seize ans, qui à leur demande sont membres participants, exercent leur droit de vote.

La perte de qualité de membre entraîne celle de délégué.

Article 19. Mode d'élection

L'élection des délégués a lieu à bulletin secret par correspondance suivant le mode de scrutin pluri nominal à un seul tour à la majorité relative.

Article 20. Représentation des membres participants

Un délégué titulaire est élu pour cent membres participants. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

Article 21. Empêchement des délégués

Le délégué titulaire empêché d'assister à l'assemblée générale est remplacé dans ses fonctions

1^{er}, par un délégué suppléant

2^{ème}, en cas d'absence de délégué suppléant par un autre délégué non administrateur sans que le nombre de mandats réunis par un même délégué puisse excéder trois.

Section 2. Réunion de l'assemblée générale

Article 22. Convocation

L'assemblée générale se réunit une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

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

Article 23. Possibilité de convocation

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil d'administration ;
- les commissaires aux comptes ;
- la commission de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un ou de plusieurs membres participants ;
- un administrateur provisoire nommé par la commission de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité ;
- les liquidateurs.

En cas d'urgence, l'assemblée générale peut être convoquée par le président.

Article 24. Délai

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

Les membres de l'assemblée générale doivent disposer des documents dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

L'ordre du jour des assemblées générales est fixé par le conseil d'administration à la majorité des membres. Il doit être joint aux convocations. Toute question dont l'examen est demandé cinq jours au moins avant l'assemblée générale par le quart au moins des membres de la mutuelle est obligatoirement soumise à l'assemblée générale.

Est nulle, toute décision prise dans une réunion de l'assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Il est établi un compte rendu de chaque réunion de l'assemblée générale.

Article 25. Quorum

Pour délibérer valablement, l'assemblée générale doit être composée du quart au moins des délégués des membres participants (et honoraires) de la mutuelle.

Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième assemblée est convoquée huit jours à l'avance.

Elle délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

Les délégués composant l'assemblée générale peuvent, dans les conditions de quorum fixées ci-dessus, requérir l'inscription à l'ordre du jour, de projets de résolution (*Celles-ci doivent être adressées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au président du conseil d'administration de la mutuelle, cinq jours au moins avant la date de réunion de l'assemblée générale. Ces projets de résolution sont inscrits à l'ordre du jour et soumis au vote de l'assemblée*)

Section 3. Attribution de l'assemblée générale

Article 26. Votes, délibérations

L'assemblée générale procède à l'élection à bulletins secrets :

- des membres du conseil d'administration et le cas échéant, à leur révocation ;

L'assemblée générale statue sur (dans les conditions de l'article 27) :

- les modifications des statuts et règlements ;
- les activités exercées ;
- les montants des droits d'adhésion ;
- les montants ou taux de cotisations ;
- les prestations offertes ;
- le règlement mutualiste et ses modifications ;
- l'adhésion à une union, à une fédération ou son retrait, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion, la scission ou la dissolution de la mutuelle ainsi que la création d'une autre mutuelle ou union ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérateurs de cession en réassurance ;
- l'émission de titres participatifs, subordonnés dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de garantie que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire ;
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration ainsi que les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- le cas échéant les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- le cas échéant, le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées mentionnées à L. 114-34 du Code de la mutualité ;

- le cas échéant, le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre la mutuelle et un organisme relevant du Livre III du Code de la mutualité auquel est joint le rapport prévu à l'article L. 114-39 du même Code;
- toutes questions relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et règlements en vigueur ;
- les questions qui lui sont soumises par le conseil d'administration.

L'assemblée générale décide de:

- la nomination des commissaires aux comptes;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle;
- les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la Mutualité.

Article 27. Conditions de délibération

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés des délégués présents et représentés.

L'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués sur :

- l'adoption et la modification des statuts et règlements;
- les activités exercées;
- le montant des droits d'adhésion;
- les montants ou taux de cotisations;
- la délégation prévue à l'article 29 (L. 114-11 du Code de la mutualité);
- les prestations offertes;
- le transfert de portefeuille;
- les principes directeurs en matière d'assurance et le choix d'un réassureur non régi par le Code de la mutualité;
- la fusion;
- la scission;
- la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union;
- l'attribution de l'indemnité prévue au deuxième alinéa de l'article L. 114-26 du Code de la mutualité;
- les emprunts contractés par la mutuelle dans les conditions fixées pour l'application de l'article L. 114-44 du Code de la mutualité;
- la fusion de la mutuelle avec un autre groupement mutualiste.

Article 28. Assemblée générale extraordinaire

La dissolution volontaire de la mutuelle ne peut être décidée que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet par un avis

indiquant l'objet de la réunion. Cette assemblée doit réunir la majorité des délégués et le vote être acquis à la majorité des deux tiers des membres présents.

La scission de la mutuelle en plusieurs mutuelles peut être décidée par l'assemblée générale dans les mêmes conditions.

Article 29. Délégation de pouvoir

Pour la détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations, l'assemblée générale peut déléguer ses pouvoirs en tout ou partie, au conseil d'administration. Cette délégation doit être confirmée annuellement (article L. 114-11 du Code de la mutualité.)

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

CHAPITRE II

Conseil d'administration

Section 1. Conditions de capacité, composition, élection

Article 30. Éligibilité

La mutuelle est administrée par un conseil dont les membres sont élus parmi les membres participants (et honoraires) à jour de leurs cotisations.

Pour être éligibles au conseil d'administration, les membres doivent être âgés de dix-huit ans accomplis, n'avoir encouru aucune des condamnations prévues aux articles L. 5, L. 6, L. 7 du Code électoral dans les délais déterminés par ces articles, ne pas avoir fait l'objet, dans les dix années précédentes, d'une condamnation prononcée en application des dispositions du Code de la mutualité, ni d'une condamnation à peine contraventionnelle prononcée en application des dispositions du Code de la Sécurité sociale (article L. 125-3, 1^{er} alinéa du Code de la mutualité).

La fonction d'administrateur cesse dès l'âge de soixante-dix ans.

Un représentant des salariés assiste avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration. Il est élu pour une durée de deux ans. Sont électeurs tous les salariés travaillant dans l'organisme depuis six mois au moins au jour du scrutin et n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L. 5 à L. 7 du Code Électoral.

Sont éligibles les salariés travaillant dans l'organisme depuis deux années au moins au jour du scrutin et n'ayant encouru aucune des condamnations visées à l'alinéa qui précède.

Les candidatures doivent être présentées à l'organisme huit jours francs au moins avant la date de l'élection. Le vote, organisé par l'organisme, sur appel à candidature libre exclusivement, a lieu à bulletins secrets à la majorité relative à un tour et sans exigence d'un quorum particulier. En cas d'égalité, le poste est attribué au candidat ayant l'ancienneté la plus importante dans l'organisme, et à égalité d'ancienneté au plus jeune des candidats. Le vote s'effectue dans l'organisme et par correspondance pour les salariés empêchés. Le salarié ainsi élu perd le droit d'assister aux réunions du conseil dès qu'il cesse d'appartenir au personnel salarié de l'organisme.

Article 31. Composition

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

Le nombre d'administrateurs, fixé par délibération de l'assemblée générale, ne peut être inférieur à 10 membres pour l'exercice en cours voir art 7 du règlement intérieur.

Les membres du conseil sont élus à bulletins secrets par l'assemblée générale pour trois ans de la manière suivante : nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a réuni la majorité relative. Dans le cas où les candidats obtiendraient un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Ils sont révocables à tout moment par l'assemblée générale.

Cinq administrateurs suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions. Ils siègent au conseil mais ne participent aux votes que dans la mesure où des administrateurs titulaires sont absents. L'ordre des administrateurs suppléants remplaçant les titulaires absents est déterminé par leur ancienneté dans la fonction et dans la mutuelle. C'est le numéro de mutualiste qui fixera cette qualité.

Les administrateurs cessent leur fonction lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions fixées aux présents statuts, lorsqu'ils présentent leur démission ou sont révoqués.

Article 32. Renouvellement

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

Article 33. Détermination du tiers sortant

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

Article 34. Cooptation

En cas de vacance en cours de mandat d'un administrateur : il est pourvu provisoirement par le conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenant vacant, sous réserve de ratification par l'assemblée générale ; si la nomination faite par le conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

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

Section 2. Réunions

Article 35. Convocation

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins quatre fois par an.

Le président établit l'ordre du jour et le joint à la convocation.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du conseil.

Article 36. Représentation du comité d'établissement régional SNCF

Deux délégués désignés par le comité d'établissement régional SNCF assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

Article 37. Procès-verbal

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

Article 38. 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 trois séances au cours de la même année. Cette décision est ratifiée par la plus prochaine assemblée générale.

Section 3. Attributions du conseil d'administration

Article 39. Pouvoir du conseil d'administration

Le conseil, dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par le code de la mutualité et les présents statuts.

Article 40. Délibération

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. En cas de partage des voix, la voix du président de séance est prépondérante.

Article 41. Délégation à des élus

Sauf pour la fixation du montant ou du taux de cotisations et de prestations, le conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion dont les membres sont choisis parmi les administrateurs, soit aux organes de gestion des sections de la mutuelle.

Article 42. Délégation à des employés

Le conseil peut consentir à des employés les délégations de pouvoir nécessaires en vue d'assurer dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et, sous son contrôle, le fonctionnement de la mutuelle.

Section 4. Obligations des administrateurs

Article 43. Gratuité du mandat d'élu

Les fonctions d'administrateur sont gratuites sous réserve des dispositions de l'article L. 114-26 du Code de la Mutualité.

Il leur est également interdit de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir, à quelque titre que ce soit et sous quelque forme que ce soit, des rémunérations à l'occasion du fonctionnement de la mutuelle ou du service des avantages statutaires (article L. 114-28 du Code de la mutualité).

Il est interdit aux administrateurs de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, une commission, rémunération ou ristourne, sous quelque forme que ce soit (article L. 114-28 du Code de la mutualité).

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

Les membres du conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat (article L. 114-28 du Code de la mutualité).

Article 44. Frais liés à l'exercice

La mutuelle rembourse sur justificatif aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour et les pertes de rémunération liées à l'exercice de leurs fonctions dans les conditions fixées au règlement intérieur (article 4).

CHAPITRE III

Président et bureau

Section 1. Election, composition, réunions

Article 45. Election

Le bureau est élu parmi les membres du conseil d'administration à bulletin secret, dans les conditions suivantes : le président et les membres du bureau sont élus pour un an par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle.

Article 46. Composition

Le bureau est composé de la façon suivante :

- un président ;
- un ou deux vice-présidents ;
- un secrétaire général ;
- un ou plusieurs secrétaires généraux adjoints ;
- un trésorier ;
- un ou plusieurs trésoriers adjoints ;
- un ou plusieurs autres membres.

L'un des représentants du comité d'établissement régional SNCF au conseil d'administration de la mutuelle assiste avec voix consultative aux réunions de bureau.

Article 47 Réunion

Le bureau se réunit sur convocation du président. Il ne délibère valablement que si la moitié 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.

Sauf en cas de maladie dûment constatée, l'empêchement des : président, secrétaire général, trésorier ne peut être évoqué que par les intéressés.

Il est établi un compte rendu de bureau de chaque réunion.

Section 2. Attributions des membres du bureau

Article 48. Président

Le président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il veille à la régularité du fonctionnement de la mutuelle, conformément au Code de la mutualité et aux statuts.

Il convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il organise et dirige ses travaux dont il rend compte à l'assemblée générale.

Il informe le conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L. 510-8 et L. 510-10 du Code de la mutualité.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leurs sont confiées.

Il engage les dépenses.

Il soumet au conseil d'administration les conventions intervenant avec un administrateur conformément à l'article L. 114-32 du Code de la mutualité. Il donne avis aux commissaires aux comptes de ces conventions.

Il communique aux membres du conseil d'administration et aux commissaires aux comptes la liste et l'objet des conventions intervenant avec un administrateur conformément à l'article L. 114-33 du Code de la mutualité.

Cette communication doit intervenir au plus tard lors de la réunion du conseil d'administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

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

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions de président, article L. 114-18 du Code de la mutualité.

Article 49. Vice(s)-président(s)

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

Article 50. Secrétaire général

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des convocations, des procès-verbaux et des comptes rendus, de la conservation des archives ainsi que la tenue du fichier des adhérents. Le secrétaire général adjoint seconde le secrétaire général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

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

Article 51. Trésorier

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

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

Il fait procéder selon les directives du conseil d'administration, à l'achat, à la vente et, d'une

façon générale, à toutes les opérations sur les titres et les valeurs.

Il prépare et soumet au conseil d'administration :

- les comptes annuels et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- le rapport relatif aux flux financiers avec d'autres organismes mutualistes ;
- les éléments nécessaires aux rapports de gestion et de solvabilité.

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

Le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à des salariés de la mutuelle, notamment au responsable du service comptable, l'exécution de certaines des tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

CHAPITRE IV

Organisation des sections de la mutuelle

Section 1. Sections locales administratives déclarées

Article 52. Section administrative

Les sections peuvent être structurées administrativement.

Celles-ci sont créées par décision du conseil d'administration.

Article 53. Administration des sections

Chaque section locale est administrée par un organe de gestion composé comme suit : un bureau comprenant un président, un secrétaire général, un trésorier et un ou plusieurs autres membres dans les conditions précisées par le règlement intérieur.

CHAPITRE V

Organisation financière

Section 1. Recettes et dépenses

Article 54. Recettes

Les recettes de la mutuelle comprennent:

- les diverses cotisations des membres participants;
- les cotisations des membres honoraires ;
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle ;
- plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi.

Article 55. Dépenses

Les dépenses de la mutuelle comprennent:

- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle ;
- Les versements au système fédéral de garantie ;
- les versements faits aux unions et fédérations;
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités départementaux de coordination ;
- plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

Article 56. Engagement des dépenses

Les dépenses de la mutuelle sont engagées par le président et sont payées par le trésorier ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 48 et 51 des présents statuts.

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

Section 2. Modes de placement et de retrait des fonds. Règles de sécurité financière

Article 57. Placement

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

Article 58. Fonds d'établissement

La mutuelle doit se doter d'un fonds d'établissement destiné à faire face, dans les limites fixées par le programme d'activité, aux dépenses et à garantir les engagements de la mutuelle.

Le fonds d'établissement est de 228 600 € au moins (art R 212.1 du code de la mutualité). Ce fonds est déposé, en espèces, pour le compte de la mutuelle, dans un établissement de crédit. Ces apports sont constatés par un certificat du dépositaire établi par l'établissement de crédit auprès duquel ils ont été déposés.

Article 59. Marge de solvabilité

Un rapport de solvabilité établi par le conseil d'administration conformément à l'article L. 114-17 et L. 212-3 du Code de la mutualité, détermine chaque année la marge de solvabilité qui doit être constituée.

Le montant de la marge de solvabilité est déterminé soit par rapport au montant annuel

des cotisations, soit par rapport à la charge moyenne annuelle des prestations.

Ce montant réglementaire est égal au plus élevé des résultats obtenus par l'application des deux méthodes suivantes : sur le total des cotisations du dernier exercice, la marge est égale à 18 % dans la limite d'une première tranche plafonnée à 10 millions d'euros, et de 16 % pour la part des cotisations excédant ce plafond.

Le résultat déterminé par application de cette méthode est obtenu en multipliant la somme par le rapport existant, pour le dernier exercice, entre le montant des prestations nettes de réassurance et le montant des prestations brutes de réassurance, sans que ce rapport puisse être inférieur à 50 %.

Sur le tiers du total des prestations payées au cours des trois dernières années, la marge est égale à 26 % dans la limite d'une première tranche de 7 millions d'euros, et à 23 % pour la part excédant ce plafond. Le résultat déterminé par l'application de cette méthode est obtenu en multipliant la somme par le rapport entre le montant des prestations nettes de réassurance du dernier exercice et le montant des prestations brutes de réassurance, sans que ce résultat puisse être inférieur à 50 %.

La marge de solvabilité de la mutuelle est constituée des éléments suivants :

- le fonds d'établissement constitué à l'article 58 ;
- les réserves réglementaires et libres;
- les dons et legs ;
- les excédents reportés.

Sur demande et justification de la mutuelle, des plus-values pouvant résulter de la sous-estimation d'actif et de la surestimation des éléments du passif, sous réserve de l'autorisation du commissaire aux comptes et de l'autorité de tutelle.

Article 60. Fonds de garantie

La mutuelle doit aussi se doter d'un fonds de garantie égal au tiers du montant réglementaire de la marge de solvabilité définie à l'article 59 Ce fonds ne peut être inférieur à **1.9 million € (juin 2012)**.

En cas d'impossibilité de respecter ce fonds de garantie, la Mutuelle a la possibilité de modifier le montant des cotisations ou des prestations (cf. article 17 du Règlement mutualiste)

Article 61 Système fédéral de garantie

La mutuelle adhère au système fédéral de garantie de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF).

Section 3. Commission de contrôle Comité d'Audit et commissaires aux comptes

Article 62 Commission de contrôle interne (art 2 du Règlement Intérieur)

Une commission de contrôle interne est désignée par le conseil d'administration parmi les membres participants et salariés de la mutuelle.

Elle vérifie la régularité des opérations de gestion en suivant des critères et des règles définis par le conseil d'administration en application des articles : R 211.28 /29/30 et 31 du code de la mutualité. Les résultats de ses travaux sont consignés dans un rapport écrit communiqué au président du conseil d'administration avant l'assemblée générale.

Article 63 Commissaires aux comptes

Un commissaire aux comptes titulaire et un suppléant sont nommés par l'assemblée générale conformément à l'article L. 114-38 du Code de la mutualité.

Le ou les commissaires aux comptes certifient le rapport établi par le conseil d'administration et présenté à l'assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toutes natures versés à chaque administrateur.

Ils certifient, le cas échéant, les comptes consolidés.

Le ou les commissaires aux comptes portent à la connaissance du conseil d'administration et de la commission de contrôle **ACP**, les contrôles et vérifications auxquels ils ont procédé dans le cadre de leurs attributions prévues par la loi n° 77-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

Ils signalent dans leur rapport annuel à l'assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission.

Ils signalent sans délai à la commission tout fait et décision dont ils ont eu connaissance conformément à l'article L. 510-6 du Code de la mutualité.

Ils établissent une annexe à leur rapport annuel qui récapitule, le cas échéant, les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés au bénéfice d'une mutuelle relevant du Livre III du Code de la mutualité.

Plus généralement, ils effectuent toutes les opérations entrant dans le cadre de leur attribution.

Article 64 Comité d'Audit (art 3 du règlement intérieur)

Le comité d'audit est désigné par le Conseil d'administration parmi les membres participants, les administrateurs à l'exception du Président, du trésorier et parmi les salariés, à l'exception du Directeur. Des personnes

extérieures qualifiées peuvent participer aux travaux du comité.

Il est chargé de vérifier de la bonne mise en œuvre des décisions de l'Assemblée Générale, de la bonne application :

- des règles de fonctionnement de la mutuelle,
- du plan comptable
- du suivi des flux financiers
- de la communication des informations aux adhérents,
- de la communication des documents au commissaire aux comptes
- du bon exercice de la mission du commissaire aux comptes
- du bon fonctionnement du contrôle interne

TITRE III

Dissolution volontaire

Article 65 Conditions

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 28 des statuts.

L'assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les administrateurs.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs. Les liquidateurs effectuent les opérations conformément aux dispositions de l'article L. 212-14 du Code de la mutualité.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 26 des statuts à d'autres organismes mutualistes, l'UMC-PG, la FMF ou au fonds national de solidarité et d'actions mutualistes ou au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

REGLEMENT INTERIEUR

CHAPITRE I

Application des statuts

Préambule : (article 3 de nos statuts)

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 membres participants sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement, celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine assemblée générale.

Article 1. Sections Départementales

Le bureau des sections départementales administratives est élu par l'assemblée annuelle convoquée avant l'assemblée générale de la mutuelle, dans les mêmes formes que le bureau du conseil d'administration.

Chaque section départementale détermine elle-même ses modalités de fonctionnement. Elles disposent de tous les pouvoirs qui ne sont pas réservés à l'assemblée générale, au conseil d'administration ou au bureau de la mutuelle.

Elles représentent la mutuelle à la base et peuvent émettre des avis, poser des questions, proposer des modifications, critiquer ou approuver. L'esprit mutualiste doit prévaloir en toutes circonstances.

Article 2. Commission de contrôle interne

Elle est composée de deux à quatre membres. La commission désigne elle-même le responsable qui sera chargé de l'organisation des réunions et du fonctionnement.

Article 3. Comité d'audit (art 64 des statuts)

Il est composé de deux à cinq membres.

Dans le cadre des dispositions réglementaires, une consolidation des comités d'audit des Mutuelles de Nantes et sa Région, d'Amiens et sa Région et de Normandie permet d'intégrer une à deux personnes extérieures au comité.

Un comité de pilotage est constitué entre ces structures afin d'harmoniser le travail des audits pour les rendre plus efficaces.

Une charte de fonctionnement est mise en place entre les structures.

Article 4. Frais liés à l'exercice d'un mandat

Les frais engagés sont remboursés sur présentation de justificatifs.

- Indemnité KM = 0.46 €
- Restauration = 25 €/pers

- Hébergement hors région Parisienne au tarif en vigueur des contrats conventionnés SNCF
- Hébergement en région Parisienne sur la base de 86 €/pers (petit déjeuner compris)

Les frais de garde d'enfants sont remboursés sur justificatifs, dans la limite des montants fixés par décret.

En application de L. 114-26 du Code de la mutualité et dans la limite fixée par décret et sur décision de l'assemblée générale, une indemnité forfaitaire de 15 euros par jour ouvrable, est versée à chacun des administrateurs, qui pour assurer leur fonction subissent des pertes de salaires. (Pour les détachements DT, l'agent ne subit aucune perte de salaire).

Article 5 Membres honoraires (article 6 des statuts)

L'ancienneté requise de dix ans, dispensant des sur-cotisations, s'entend en cumul de cotisations en tant que membre participant suivi de membre honoraire consécutivement à une radiation liée à mutuelle obligatoire.

Article 6 Modalités du déroulement des élections des délégués composant l'Assemblée Générale (article 17, 18 et 19 des statuts)

Le nombre des délégués titulaires est déterminé dans l'art 20 des statuts.

Les délégués suppléants sont élus à la majorité relative parmi les candidats n'ayant pas été élus titulaires, le nombre de suppléants ne pouvant pas être supérieur au nombre de titulaires.

Pour l'ensemble des délégués titulaires et suppléants, le rang est défini :

- 1^{er} en fonction du nombre de voix obtenues,
- 2^{ème} en cas d'égalité de voix en fonction de l'âge, au bénéfice du plus jeune.

A compter de l'exercice 2010, au plus tard deux mois avant l'Assemblée Générale (date fixée par le conseil d'administration), le vote des délégués sera organisé par le conseil d'administration de la mutuelle.

Chaque membre participant de plus de seize ans peut faire acte de candidature.

L'appel à candidature est adressé à chaque famille par le biais d'un bulletin d'info de la Mutuelle.

Au plus tard un mois avant la clôture du scrutin (calendrier fixé par le conseil d'administration), chaque électeur recevra le matériel nécessaire au vote, à savoir :

- Un bulletin comportant les informations de la mutuelle (gestion, projets d'évolution, ainsi que les informations nécessaires au vote)

- Une liste de candidats délégués
- Une enveloppe N°1 (permettant d'insérer le bulletin)
- Une enveloppe N°2 à l'adresse d'une boîte postale pré timbrée, comportant l'intitulé « vote » (dans laquelle l'enveloppe N°1 est insérée) Au dos, celle-ci est à compléter du nom, du prénom, de l'adresse et de la signature de l'électeur.

Les modalités du vote sont établies et arrêtées par le conseil d'administration.

Article 7. Nombre d'administrateurs (art 31 des statuts)

Le nombre d'administrateurs fixé par l'assemblée générale de 2013 pour l'exercice 2014 / 2015 est de quinze membres.

Article 8. Modalités de changement de contrat

Les mutations entre les contrats Basic, Tranquille et Confort, ne peuvent avoir lieu qu'en début d'exercice. (voir art 4 du Règlement Mutualiste)

Les mutations des contrats 1 et 2 vers les contrats Basic, Tranquille et Confort peuvent s'effectuer en cours d'exercice au 1^{er} jour de chaque trimestre faisant suite à la réception de la demande écrite.

Article 9. Montant des cotisations aux organismes extérieurs (art 30 du règlement mutualiste)

Le montant des cotisations statutaires et de services est fonction du statut professionnel de l'adhérent

Cotisations annuelles statutaires et de services versées aux structures

« le montant de ces cotisations est celui connu le jour de l'Assemblée Générale »

	STATUTAIRES	PRESTATIONS	PRESTATIONS	DECES
UMCPG	2,80€ (1)	2.90€ (1) (a)	1.08€ (3)	
FMF	3.70€ (2)			
ALMA	1000€			
CNP				6.50€(1)
FNMF	5.92€ (2)			
FNMF - PSM		0.30€ (1)		
Mondial Assistance		4,40€ (2)		
VIVA			9.45€ (2)	

(1) par personne protégée

(2) par adhérent

(3) par précompte SNCF (mensuel pour les actifs, trimestriel pour les retraités)

(a) Différentielle – Concentrateur – Intranet - OPTIMA - SAGE

REGLEMENT MUTUALISTE

Préambule

a) Principes mutualistes

La Mutuelle des cheminots de Normandie offre une couverture complémentaire santé fondée sur l'absence de sélection médicale et l'absence d'individualisation des cotisations en fonction de l'état de santé des adhérents.

La mutuelle s'interdit de recueillir des informations médicales ou de tenir compte de l'état de santé pour l'adhésion ou la modulation de cotisation de ses membres, Chapitre II, Livre I du Code de la mutualité.

- Les seuls critères admis de modulation éventuelle des cotisations sont ; l'âge, le nombre d'ayants droit, le régime de Sécurité sociale, la date d'adhésion (favoriser l'ancienneté).
- Les critères admis pour les prestations sont : la composition familiale, le montant des cotisations.

b) Protection de l'adhérent

Afin d'assurer la protection des membres participants en cas de litiges avec la mutuelle des cheminots de Normandie, ces derniers peuvent faire appel au médiateur désigné parmi les membres adhérents de la mutuelle, dont le rôle est de tenter de parvenir à une solution entre l'adhérent et la mutuelle. A l'extinction de ce recours interne, l'adhérent doit adresser à la Mutuelle des Cheminots de Normandie, une demande de saisine du médiateur FNMF. Cette demande est transmise par la mutuelle à l'instance fédérale. L'avis du médiateur fédéral ne préjuge pas du droit du membre participant de saisir la justice

TITRE I

Application des statuts

CHAPITRE I

Généralités

Article 1. Membres participants

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

Les conditions dans lesquelles une personne est considérée comme ayant droit d'un membre participant sont définies dans l'article 9 des statuts de la mutuelle.

Article 2. Engagements

Le règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le règlement est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Article 3. Formalité d'adhésion

Toute personne qui souhaite être membre participant de la mutuelle, fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements de la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste. La mutuelle remettra au futur membre participant sept jours avant la signature du contrat :

- un bulletin d'adhésion ;
- les statuts et règlements ou une fiche d'information sur le contrat qui décrit précisément les droits et obligations réciproques, article L. 221-4 du Code de la mutualité.

Article 4. Durée du contrat. Mutation de contrats

Le contrat mutualiste court la première année de la date d'adhésion au 31 décembre et par reconduction annuelle avec possibilité de dénonciation au 31 décembre.(voir art 8 du règlement intérieur)

Article 5. Résiliation du contrat

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée au siège de la mutuelle au moins deux mois avant le 31 décembre.

La mutuelle peut résilier le contrat des membres qui ne remplissent plus les conditions d'admission selon les modalités de l'article 13 des statuts de la mutuelle.

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement un préjudice à la mutuelle conformément à l'article 14 des statuts de la mutuelle.

Article 6. Conditions de résiliation

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des éléments suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La résiliation d'un ayant droit de plus de seize ans au contrat famille doit être motivée et notifiée par la personne concernée.

Pour les contrats collectifs obligatoires, il est mis fin au contrat dans les 2 mois qui suivent la notification de résiliation par lettre recommandée et sur justificatif de l'employeur, sous réserve de non versement de prestation.

Article 7. Radiation, exclusion (art 13 et 14 des statuts)

Radiation. Les radiations sont prononcées par le conseil d'administration.

Sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leur cotisation due dans un délai de dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exclusion de l'engagement contractuel en justice. A l'expiration d'un délai de trente jours après la mise en demeure du membre participant, et à défaut de paiement de la cotisation, la mutuelle peut, dix jours après ce délai, résilier ses garanties, article L. 221-7 du Code de la mutualité.

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

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

Article 8. Modifications statutaires et réglementaires

Toute modification des statuts et du règlement mutualiste décidée par l'assemblée générale doit être portée à la connaissance des membres participants et honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celle-ci aux membres participants ou honoraires, article L. 221-5 du Code de la mutualité.

Article 9. Prescription

Les contestations relatives aux opérations d'assurances doivent être effectuées dans le

délai maximal de deux ans à partir de l'événement qui y donne naissance, article L. 221-11 du Code de la mutualité.

TITRE II

Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

CHAPITRE I

Catégories de bénéficiaires

Article 10. Catégories de contrats

Les membres participants se répartissent en plusieurs catégories :

1) Catégories des contrats 1 et 2 :

(Ces contrats 1 et 2 ne sont plus proposés à l'adhésion depuis le 1er janvier 2008):

A : Cheminot actif (libre choix exclu) et ses enfants couverts par la Caisse de prévoyance dont le conjoint est à la Sécurité sociale.

Cheminot actif usant du libre choix dont tous les ayants droit sont couverts par la caisse de prévoyance.

Membre seul couvert par la Caisse de prévoyance dont les enfants sont couverts par la Sécurité sociale.

Couple de cheminots avec ayants droit usant du libre choix tous les deux (remboursement au taux de la Sécurité sociale).

Cheminot retraité dont au moins un ayant droit est couvert par la Sécurité sociale.

B : Cheminot actif couvert par la Caisse de prévoyance (libre choix exclu).

C : Cheminot actif sans ayant droit couvert par la Caisse de prévoyance usant du libre choix remboursé au tarif de la Sécurité sociale.

Veuve avec pension de réversion relevant de la Caisse de prévoyance.

Couple de cheminots actifs sans ayant droit (libre choix exclu).

Retraité sans ayant droit relevant de la Caisse de prévoyance.

D : Cheminot actif seul avec des enfants couverts par la Caisse de prévoyance, libre choix exclu.

Couple de cheminots actifs avec ayants droit libre choix exclu.

Couple de cheminots actifs sans ayant droit dont un seul des deux utilise le libre choix.

E : Famille de cheminot actif ou retraité dont tous les membres sont couverts par la Caisse de prévoyance, libre choix exclu.

Membre seul, avec des enfants couverts par la Caisse de prévoyance, usant du libre choix du médecin.

Couple de cheminots avec ayants droit dont un seul des deux utilise le libre choix.

Couple de cheminots sans ayant droit usant du libre choix tous les deux.

F : Cheminot actif usant du libre choix dont au moins un ayant droit est couvert par la Sécurité sociale.

Cheminot dont la famille comporte plus d'un ayant droit couvert par la Sécurité sociale.

G : Famille jusqu'à trois bénéficiaires couverts par la Sécurité sociale.

H : Membre seul couvert par la Sécurité sociale.

Enfant de cheminot couvert par la Sécurité sociale.

Enfant d'agent EDF couvert par la Sécurité sociale.

I : Famille de plus de trois bénéficiaires couverts par la Sécurité sociale.

2) Catégories des contrats Basic, Tranquille et Confort :

AB/AT/AC : Cheminot actif. Libre choix et hors libre choix

BB/BT/BC : Cheminot retraité

CB/CT/CC : Conjoint, cheminot actif Libre choix et hors libre choix

DB/DT/DC : Conjoint affilié Caisse de Prévoyance

EB/ET/EC : Enfant ayant droit Caisse de Prévoyance

EBG/ETG/ECG : Enfant ayant droit Caisse de Prévoyance gratuit

FB/FT/FC : Ayant droit de plus de 16 ans adhérent seul affilié Caisse de Prévoyance

GB/GT/GC : Affilié sécurité sociale

HB/HT/HC : Conjoint affilié Sécurité Sociale

IB/IT/IC : Enfant ayant droit Sécurité Sociale

IBG/ITG/ICG : Enfant ayant droit Sécurité Sociale gratuit

3) Particularités :

CMU : Bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle

4) Contrat collectif :

La définition des catégories pour les adhérents aux contrats collectifs résulte du

contrat écrit et souscrit entre l'employeur ou la personne morale et la mutuelle.

CHAPITRE II

Obligations des adhérents et des membres participants envers la mutuelle

Section 1. Droit d'admission

Article 11. Frais de dossier

Il peut-être exigé, des frais de dossier d'un montant de 15 € en cas de démission pour des raisons autres que professionnelles, dans l'année qui suit l'adhésion

Article 12. Ouverture des droits

Stage :

- Prise en charge immédiate dans le cadre du parcours de soins.
- Stage de six mois pour toutes les autres prestations. Il peut être réduit par décision du conseil d'administration ou supprimé pour les membres participants venant d'une autre mutuelle et seulement pour les risques pour lesquels ils étaient couverts, à l'exception des membres venant d'un organisme régi par le code des assurances.

Suppression de stage :

- Pour les nouveaux salariés et leur famille si leur adhésion a lieu avant la fin de l'année qui suit l'embauche.
- Pour les personnes venant d'un contrat groupe.

Lors d'un changement de contrat, un stage de six mois est appliqué pour les prestations hors parcours de soins dont le montant est supérieur au contrat abandonné.

Section 2. Cotisations

Article 13. Règlement de la cotisation

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle ou trimestrielle qui est affectée à la couverture des prestations assurées :

- Directement par la mutuelle,
- Par les unions et fédérations
- Par des organismes de prévoyances avec lesquels il y a conventions de prestations
- Par d'autres organismes (Mutuelle, Unions, Fédérations) agréés pour les opérations du livre II et III du Code de la Mutualité.

A la prise en charge d'action de prévention, au règlement des publications mutualistes permettant l'information des membres participants

La cotisation s'effectue comme suit :

- Pour les cheminots actifs : par prélèvement sur feuille de solde, en espèces, exclusivement au siège de la mutuelle, par chèque bancaire ou postal, ou par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.
- Pour les cheminots retraités : par prélèvement sur la pension, en espèces, exclusivement au siège de la mutuelle, par chèque bancaire ou postal, ou par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.
- Pour les agents territoriaux et hospitaliers : par prélèvement sur salaire, en espèces, exclusivement au siège de la mutuelle, par chèque bancaire ou postal, ou par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, après déduction de la participation éventuelle de l'employeur.
- Pour les adhérents ne relevant pas des catégories ci dessus : en espèces, exclusivement au siège de la mutuelle, par chèque bancaire ou postal, ou par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

Les membres honoraires paient une cotisation dont le minimum est de 10 euros par an (montant des cotisations art. 31)

Article 14 Obligation

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

Article 15. Utilisation du libre choix, particularités.

L'utilisation du libre choix du médecin par les membres participants des catégories pour lesquelles la mutuelle ne prend pas en charge les remboursements qui en découlent, entraîne :

La perte des remboursements complémentaires sur les dépenses remboursables par le régime obligatoire.

La mutuelle change de catégories les membres participants qui demanderont des remboursements « libre choix » (par décompte ou par tiers payant). Les membres participants intéressés sont avisés de leur changement de catégorie et ont la possibilité de le refuser à condition de renoncer à toute prestation consécutive au « libre choix ».

Pour les cas particuliers non repris, c'est le conseil d'administration qui décide ou refuse les conditions d'adhésion. En cas de besoin, les cas nouveaux sont soumis à la plus prochaine

assemblée générale ainsi que les changements à l'intérieur des catégories qui seraient décidés par le conseil.

Particularité aux contrats 1 et 2 :

Tout changement de situation dans les catégories des contrats 1 et 2, entraîne immédiatement le basculement vers les contrats Basic ou Tranquille ou Confort, sur sollicitation de la mutuelle et au choix de l'adhérent.

Article 16. Paiement des prestations

D'une manière générale, le mutualiste doit s'efforcer de ne pas faire supporter par la mutuelle des dépenses qui normalement incombent à un régime général (Caisse de prévoyance ou Sécurité sociale) ou à tout autre organisme (service médical, assurances, etc.). Les remboursements sont effectués au guichet de la mutuelle ou par correspondance (dans ce cas, le mutualiste doit indiquer son numéro d'adhérent) sur présentation des originaux justifiant les dépenses engagées. Le remboursement s'effectue par virement ou sur demande par chèque ou en espèces à la mutuelle.

Sous application de la télétransmission, l'édition des décomptes s'effectuera mensuellement et/ou par consultation sur le site de la MCN, au choix de l'adhérent.

Article 17. Modification des cotisations et des prestations

S'il s'avérait, en cours d'exercice, que la cotisation n'était pas suffisante pour assurer l'équilibre des opérations, l'assemblée générale ou le conseil d'administration pourrait décider de procéder à un rappel de cotisations pour l'exercice en cours. Toutefois, ce rappel de cotisations ne pourra avoir pour effet de porter la cotisation à un montant supérieur à 1.5 fois de celle existante.

L'assemblée générale ou le conseil d'administration pourrait également décider de procéder à des réductions maximales de prestations de 10% (réduction de prestations qui s'appliqueraient aux prestations dont la date de prescription serait postérieure à la décision).

Article 18. Utilisation du tiers payant

Application des conventions signées.

Le mutualiste doit respecter les règles suivantes :

- présenter la carte de mutualiste, la carte Vitale ou son reflet papier, une ordonnance régulière. Eventuellement la feuille de soins, celle-ci doit être signée du médecin.
- déposer au plus vite à la Caisse de prévoyance ou à la Sécurité sociale le dossier qui aura été établi par le professionnel de santé.

CHAPITRE III

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Section 1. Prestations accordées par la mutuelle

Nota: Lorsqu'il s'agit de prestations complémentaires liées aux tarifs de responsabilité des régimes obligatoires, les prestations de la mutuelle sont celles qui correspondent aux derniers tarifs de responsabilité connus par la plus récente assemblée générale. En cas de modifications de ces tarifs entre deux assemblées générales, le conseil d'administration pourra décider des mesures à prendre en ce qui concerne le montant des prestations servies par la mutuelle jusqu'à la plus prochaine assemblée générale.

Article 19. Prestations maladie

• Parcours de soins

Les prestations servies pour les frais médicaux, d'auxiliaires médicaux ou pharmaceutiques sont dues aux sociétaires et à leur famille (celles-ci comprises dans le cadre de la législation de la Sécurité sociale) ; elles sont supprimées lorsque le bénéficiaire n'a plus de ticket modérateur à sa charge.

• Hors parcours de soins

Pour tous les contrats, le déremboursement des régimes obligatoires (RO) et les dépassements ne sont pas pris en charge par la MCN

• Aide et prestations

• **Naissance** : Sur demande, il peut être alloué aux membres participants une aide pour les naissances survenant au foyer. Cette aide est attribuée sur présentation du certificat de naissance et sur inscription du nouveau né dans son 1er mois de vie.

Cette aide est limitée à 54 €uros pour les contrats : Basic, 1 et 2,

Et à 150 €uros pour les contrats Tranquille et Confort.

• Prestations d'obsèques

La mutuelle assure à ses membres participants et à leurs ayants droit couverts par la mutuelle, qui ont adhéré avant leur 60^{ème} anniversaire, le bénéfice de la garantie du contrat collectif assurance décès souscrit auprès d'un organisme agréé.

Les prestations sont versées au chef de famille survivant, à défaut, à la personne ayant supporté les dépenses des funérailles, sur présentation des justificatifs réglementaires.

• Montant des prestations.

Le montant des prestations est mentionné au Titre III de ce règlement

Pour les ayants droit qui dépendent d'un régime dont les remboursements sont inférieurs à ceux de la Caisse de prévoyance ou de la Sécurité sociale, la mutuelle ne rembourse que la part qui serait due si cet ayant droit était couvert par la Sécurité sociale.

• Interventions chirurgicales.

Les membres participants ou les ayants droit affiliés au régime général de sécurité sociale bénéficient de la prise en charge, dans la limite imposée par les tarifs conventionnés, en cas d'intervention chirurgicale, dans les conditions prévues par le règlement de la mutuelle.

• Hospitalisations médicales.

Les membres participants ou les ayants droit affiliés au régime général de la Sécurité Sociale bénéficient de la prise en charge dans la limite imposée par les tarifs conventionnés, en cas d'hospitalisation médicale, dans les conditions prévues par le règlement de la mutuelle.

Article 20. Prescription

Seules les prestations présentées à la mutuelle dans un délai de deux ans qui suit la date des soins seront versées.

Article 21. Limite de remboursement

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

Section 2. Subrogation

Article 22. Subrogation

En cas d'accident pouvant donner lieu à prestations de la mutuelle, le membre participant doit immédiatement informer la mutuelle. Il doit fournir tous les renseignements permettant à la mutuelle de récupérer les sommes versées auprès des assurances couvrant les conséquences de ces accidents.

La mutuelle est subrogée de plein droit aux membres participants victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

La mutuelle se réserve le droit de ne pas régler certaines dépenses qui manifestement incombent aux assurances.

Article 23. Délégation

Dans le cas où la mutuelle jouerait vis-à-vis de ses membres participants le rôle de correspondant mutualiste de Sécurité sociale article L. 27 du Code de la Sécurité sociale ou lorsqu'elle agira dans le cadre d'une convention de tiers payant, les membres participants font abandon de plein droit à la mutuelle, des prestations de Sécurité sociale leur revenant.

Article 24. Divers

En cas de changement de situation, d'adresse, retraite, etc. les mutualistes doivent prévenir la mutuelle en temps utile.

CHAPITRE IV

Information des adhérents

Article 25. Information des adhérents

Chaque membre participant reçoit un exemplaire des statuts. Les modifications statutaires sont portées à sa connaissance. Il est informé :

- des services et établissements d'action sociale gérés par la mutuelle et de ceux auxquels il peut avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre IV du Code de la mutuelle ;
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 26. Secours exceptionnels

La Mutuelle des cheminots de Normandie peut accorder des secours à ses membres participants ayant des dépenses de santé exceptionnelles.

Ces secours ne sont étudiés et consentis par le bureau qu'après avoir fait l'objet d'une demande appuyée par un service social (permanence sociale, assistante sociale ou CCAS). Le montant attribué est en règle générale de 20 % de celui consenti par les services sociaux, sans dépasser le montant des frais engagés (remboursement Caisse de prévoyance, Sécurité sociale, mutuelle, aide sociale, aide mutuelle).

L'assemblée générale fixe annuellement la somme globale constituant le maximum de secours, cette somme étant divisée trimestriellement afin que la mutuelle soit en mesure de suivre l'évolution des demandes d'aides. Cette répartition trimestrielle n'est pas limitative mais sert à alerter.

Le budget global figure au titre III du présent règlement mutualiste.

Article 27. Prêts sociaux

Dans le cadre de difficultés liées à la santé, la Mutuelle des cheminots de Normandie peut accorder à titre accessoire des prêts sociaux sans intérêts, à ses membres participants. Le montant de ces prêts, ainsi que le budget global annuel pouvant être consenti sont votés en assemblée générale. Les ressources affectées à ce service sont issues des réserves libres. Pour être attribués, ces prêts devront avoir fait l'objet d'une demande appuyée d'un service social (permanence sociale, assistante sociale ou CCAS...), avant d'être étudiés par le bureau. Les remboursements, qui ne pourront dépasser une année, sont effectués avec le précompte des cotisations sur le salaire pour les employés SNCF ou avec prélèvement automatique des cotisations pour les extérieurs sur la base d'un échéancier établi en commun avec l'emprunteur, avec début de la première échéance deux mois pleins après l'attribution dudit prêt.

Le montant maximum des prêts, le budget global annuel figurent au titre III du présent règlement mutualiste.

Article 28. Prévention

Dans le cadre de sa politique de santé définie en son article 2 de ses statuts, la mutuelle organise ou participe à des actions de préventions, de dépistages, de collectes. Ces actions se concrétisant parfois par une participation financière de la mutuelle en direction de ses membres participants, le niveau et les conditions d'attribution de la participation sont fixés par délibération du conseil d'administration.

TITRE III

Article 29. Montant ou taux des prestations aides, secours et prêts (budget annuel)

- Budget global annuel des aides (naissance, etc) : **20 000 €.**
- Budget global des secours exceptionnels : budget global annuel : **3 658,78 €.**

Si les budgets annuels votés par l'assemblée générale ne permettent pas de faire face aux demandes de fin d'exercice, le conseil d'administration dans la mesure des disponibilités financières de la mutuelle, peut allouer un budget supplémentaire.

- Budget global annuel des prêts sociaux : **7 622.45 €.**
- Montant maximum d'un prêt : **762,25 €.**

Article 30. Montant des cotisations aux organismes extérieurs (Art 9 du Règlement Intérieur)

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle ou trimestrielle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations destinées à des organismes supérieurs (unions) ou techniques (Caisse nationale de prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixées par les statuts ou règlements de ces organismes.

Les cotisations aux organismes extérieurs sont déterminées en fonction du statut professionnel de l'adhérent.

Tableau du montant des cotisations avec mise à jour à la date d'édition (l'approbation de ces montants n'appartenant pas à l'AG MCN)

Article 31. Montant des cotisations des membres participants

La cotisation mensuelle est fixée forfaitairement :

CONTRAT 1	
Catégorie A	79.40 €
Catégorie B	16.50 €
Catégorie C	35.40 €
Catégorie D	56.30 €
Catégorie E	69.90 €
Catégorie F	84.40 €
Catégorie G	99.50 €
Catégorie H	49.90 €
Catégorie I	103.60 €

CONTRAT 2		
Bénéficiaires	Jusqu'à 3	Plus de 3
Catégorie A	100.60 €	112.60 €
Catégorie B	22.00 €	
Catégorie C	50.90 €	
Catégorie D	72.00 €	80.60 €
Catégorie E	89.30 €	99.50 €
Catégorie F	108.60 €	121.30 €
Catégorie G	128.50 €	
Catégorie H	71.80 €	
Catégorie I		143.10 €

Particularités des contrats 1 et 2 :

(Ces contrats 1 et 2 ne sont plus proposés à l'adhésion depuis le 1er janvier 2008):

Minorations, majorations des cotisations

•Les membres participants âgés de moins de 30 ans (pour les couples, chaque conjoint doit avoir moins de 30 ans) bénéficient d'une réduction de 25 %. Cette réduction cesse le premier du mois où cet âge est atteint.

- Les membres participants âgés de moins de 25 ans (pour les couples, chaque conjoint doit avoir moins de 25 ans) bénéficient d'une réduction de 50 %. Cette réduction cesse le premier du mois où cet âge est atteint.
- Les mutualistes qui adhèrent après l'âge de 60 ans paient une majoration de cotisations de 30 %
- Les mutualistes dont la date d'adhésion se situe : après 45 ans pour les agents de conduite, après 50 ans pour tous les autres cas, paieront une majoration de cotisations de 17 % lorsqu'ils seront en retraites.
- Les mutualistes dont la date d'adhésion se situe : entre 40 et 44 ans pour les agents de conduite, entre 45 et 49 ans pour tous les autres cas, paieront une majoration de cotisations de 12 % lorsqu'ils seront en retraites.

Libre Choix

Le libre choix est réservé aux cheminots actifs

Particularité des contrats Basic, Tranquille et Confort

Pour l'usage du libre choix du médecin, la cotisation des cheminots actifs, des contrats Tranquille et Confort, est majorée de :

- 11 € aux contrats Basic et Tranquille
- 13.20 € au contrat Confort

Tarifs applicables au 1er JANVIER 2015	CONTRAT BASIC	
BENEFICIAIRES CAISSE DE PREVOYANCE	TARIFS MENSUELS	COUT Libre Choix du médecin
ADHERENT SANS LC - moins de 30 ans	8,80 €	
ADHERENT SANS LC - de 30 à 34 ans	13,10 €	
ADHERENT SANS LC – à partir de 35 ans à la retraite effective	17,50 €	
ADHERENT AVEC LC - moins de 30 ans	19,80 €	11,00 €
ADHERENT AVEC LC - de 30 à 34 ans	24,10 €	11,00 €
ADHERENT AVEC LC – à partir de 35 ans à la retraite effective	28,50 €	11,00 €
ADHERENT RETRAITE - Adhésion avant 60 ans	36,60 €	
ADHERENT RETRAITE - Adhésion après 60 ans	48,10 €	
VEUF(VE) - ADHERENT AYANT-DROIT - moins de 30 ans	18,30 €	
VEUF(VE) - ADHERENT AYANT DROIT - de 30 à 34 ans	27,50 €	
VEUF(VE) - ADHERENT AYANT DROIT - à partir de 35 ans - Adhésion avant 60 ans	36,60 €	
VEUF(VE) - ADHERENT AYANT DROIT - Adhésion après 60 ans	48,10 €	
CONJOINT CHEMINOT SANS LC - moins de 30 ans	7,00 €	
CONJOINT CHEMINOT SANS LC - de 30 à 34 ans	10,50 €	
CONJOINT CHEMINOT SANS LC – à partir de 35 ans à la retraite effective	14,00 €	
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC - moins de 30 ans	18,00 €	11,00 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC - de 30 à 34 ans	21,50 €	11,00 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC – à partir de 35 ans à la retraite effective	25,00 €	11,00 €
CONJOINT - moins de 30 ans	15,40 €	
CONJOINT - de 30 à 34 ans	23,10 €	
CONJOINT - à partir de 35 ans - Adhésion avant 60 ans	30,80 €	
CONJOINT - Adhésion après 60 ans	42,30 €	
ENFANT	9,50 €	
ENFANT GRATUIT (à partir du 3ème)	GRATUIT	

Tarifs applicables au 1er JANVIER 2015	CONTRAT BASIC
BENEFICIAIRES SECURITE SOCIALE	TARIFS MENSUELS
ADHERENT - moins de 30 ans	23,30 €
ADHERENT - de 30 à 34 ans	34,90 €
ADHERENT - à partir de 35 ans - Adhésion avant 60 ans	46,50 €
ADHERENT - Adhésion après 60 ans	61,50 €
CONJOINT - moins de 30 ans	20,70 €
CONJOINT - de 30 à 34 ans	31,10 €
CONJOINT - à partir de 35 ans - Adhésion avant 60 ans	41,40 €
CONJOINT - Adhésion après 60 ans	55,00 €
ENFANT	12,00 €
ENFANT GRATUIT (à partir du 3ème)	GRATUIT

Tarifs applicables au 1er JANVIER 2015	CONTRAT TRANQUILLE	
BENEFICIAIRES CAISSE DE PREVOYANCE	TARIFS MENSUELS	COUT Libre Choix du médecin
ADHERENT SANS LC - moins de 30 ans	9,50 €	
ADHERENT SANS LC - de 30 à 34 ans	14,20 €	
ADHERENT SANS LC – à partir de 35 ans à la retraite effective	19,40 €	
ADHERENT AVEC LC - moins de 30 ans	20,50 €	11,00 €
ADHERENT AVEC LC - de 30 à 34 ans	25,20 €	11,00 €
ADHERENT AVEC LC – à partir de 35 ans à la retraite effective	30,40 €	11,00 €
ADHERENT RETRAITE - Adhésion avant 60 ans	43,00 €	
ADHERENT RETRAITE - Adhésion après 60 ans	56,60 €	
VEUF(VE) - ADHERENT AYANT-DROIT - moins de 30 ans	21,50 €	
VEUF(VE) - ADHERENT AYANT DROIT - de 30 à 34 ans	32,20 €	
VEUF(VE) - ADHERENT AYANT DROIT - à partir de 35 ans - Adhésion avant 60 ans	43,00 €	
VEUF(VE) - ADHERENT AYANT DROIT - Adhésion après 60 ans	56,60 €	
CONJOINT CHEMINOT SANS LC - moins de 30 ans	7,70 €	
CONJOINT CHEMINOT SANS LC - de 30 à 34 ans	11,60 €	
CONJOINT CHEMINOT SANS LC – à partir de 35 ans à la retraite effective	15,50 €	
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC - moins de 30 ans	18,70 €	11,00 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC - de 30 à 34 ans	22,60 €	11,00 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC – à partir de 35 ans à la retraite effective	26,50 €	11,00 €
CONJOINT - moins de 30 ans	17,90 €	
CONJOINT - de 30 à 34 ans	26,90 €	
CONJOINT - à partir de 35 ans - Adhésion avant 60 ans	36,20 €	
CONJOINT - Adhésion après 60 ans	47,00 €	
ENFANT	10,00 €	
ENFANT GRATUIT (à partir du 3ème)	GRATUIT	

Tarifs applicables au 1er JANVIER 2015	CONTRAT TRANQUILLE
BENEFICIAIRES SECURITE SOCIALE	TARIFS MENSUELS
ADHERENT - moins de 30 ans	24,40 €
ADHERENT - de 30 à 34 ans	36,60 €
ADHERENT - à partir de 35 ans - Adhésion avant 60 ans	48,90 €
ADHERENT - Adhésion après 60 ans	64,70 €
CONJOINT - moins de 30 ans	21,70 €
CONJOINT - de 30 à 34 ans	32,70 €
CONJOINT - à partir de 35 ans - Adhésion avant 60 ans	43,60 €
CONJOINT - Adhésion après 60 ans	57,90 €
ENFANT	12,50 €
ENFANT GRATUIT (à partir du 3ème)	GRATUIT

Tarifs applicables au 1er JANVIER 2015	CONTRAT CONFORT	
BENEFICIAIRES CAISSE DE PREVOYANCE	TARIFS MENSUELS	COUT Libre Choix du médecin
ADHERENT SANS LC - moins de 30 ans	13,10 €	
ADHERENT SANS LC - de 30 à 34 ans	19,80 €	
ADHERENT SANS LC – à partir de 35 ans à la retraite effective	27,20 €	
ADHERENT AVEC LC - moins de 30 ans	26,30 €	13,20 €
ADHERENT AVEC LC - de 30 à 34 ans	33,00 €	13,20 €
ADHERENT AVEC LC – à partir de 35 ans à la retraite effective	40,40 €	13,20 €
ADHERENT RETRAITE - Adhésion avant 60 ans	59,40 €	
ADHERENT RETRAITE - Adhésion après 60 ans	78,00 €	
VEUF(VE) - ADHERENT AYANT-DROIT - moins de 30 ans	29,70 €	
VEUF(VE) - ADHERENT AYANT DROIT - de 30 à 34 ans	44,60 €	
VEUF(VE) - ADHERENT AYANT DROIT - à partir de 35 ans - Adhésion avant 60 ans	59,40 €	
VEUF(VE) - ADHERENT AYANT DROIT - Adhésion après 60 ans	78,00 €	
CONJOINT CHEMINOT SANS LC - moins de 30 ans	11,00 €	
CONJOINT CHEMINOT SANS LC - de 30 à 34 ans	16,50 €	
CONJOINT CHEMINOT SANS LC – à partir de 35 ans à la retraite effective	22,00 €	
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC - moins de 30 ans	24,20 €	13,20 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC - de 30 à 34 ans	29,70 €	13,20 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC – à partir de 35 ans à la retraite effective	35,20 €	13,20 €
CONJOINT - moins de 30 ans	24,20 €	
CONJOINT - de 30 à 34 ans	36,40 €	
CONJOINT - à partir de 35 ans - Adhésion avant 60 ans	48,90 €	
CONJOINT - Adhésion après 60 ans	63,70 €	
ENFANT	13,90 €	
ENFANT GRATUIT (à partir du 3ème)	GRATUIT	

Tarifs applicables au 1er JANVIER 2015	CONTRAT CONFORT
BENEFICIAIRES SECURITE SOCIALE	TARIFS MENSUELS
ADHERENT - moins de 30 ans	33,80 €
ADHERENT - de 30 à 34 ans	50,90 €
ADHERENT - à partir de 35 ans - Adhésion avant 60 ans	67,80 €
ADHERENT - Adhésion après 60 ans	89,10 €
CONJOINT - moins de 30 ans	27,80 €
CONJOINT - de 30 à 34 ans	41,90 €
CONJOINT - à partir de 35 ans - Adhésion avant 60 ans	56,00 €
CONJOINT - Adhésion après 60 ans	73,40 €
ENFANT	20,30 €
ENFANT GRATUIT (à partir du 3ème)	GRATUIT

Cotisation membres honoraires	A minima 10 €
--------------------------------------	--------------------------

La cotisation est familiale ou individuelle selon les catégories et les contrats.

Pour les contrats Tranquille, Confort et Basic, la détermination du montant de la cotisation est individuelle. La cotisation familiale est déterminée par empilement des cotisations individuelles, de chaque membre de la famille. Les ayants droit composant la famille sont tenus d'adhérer au même contrat. Pour les enfants, seuls les deux premiers sont comptés, au-delà il y a gratuité.

Particularité des contrats labellisés

A compter du 8 novembre 2013, les agents territoriaux actifs de plus de 30 ans et retraités, verront leur cotisation augmenter de 2% par année non cotisée à un contrat labellisé.

Article 32. Prestations 2015 (autres qu'aides et secours)

Remboursement des dépenses de santé dans la limite de remboursement du régime obligatoire uniquement dans le cadre du parcours coordonné								
	CONTRAT 1				CONTRAT 2			
	Actifs affiliés CP Exclu rbt libre choix	Actif affilié CP inclus rbt libre choix	Retraité et ayant droit affilié CP	Affilié Sécurité sociale	Actifs affiliés CP Exclu rbt libre choix	Actif affilié CP inclus rbt libre choix	Retraité et ayant droit affilié CP	Affilié Sécurité sociale
MALADIE								
Consultations, visites généralistes	-	30 %	25 %	30 %	-	30 %	25 %	30 %
Consultations, visites spécialistes	-	30 %	25 %	30 %	25 %	55 %	50 %	55 %
Forfait de 18€ sur les actes lourds supérieurs à 120 € (2)	-	-	-	100%	-	-	-	100%
Pharmacie	-	TM	TM	TM	-	TM	TM	TM
Actes d'auxiliaires médicaux, analyses médicales	-	40 %	25 %	40 %	-	40 %	25 %	40 %
Transport	-	-	-	35%	-	-	-	35%
Radiologie	-	30 %	25 %	30 %	-	30 %	25 %	30 %
Ostéodensitométrie	-	30 %	25 %	30 %	-	30 %	25 %	30 %
Cures thermales (forfait et honoraires médicaux)	-	30%	25 %	30 %	-	30 %	25 %	30 %
Cures thermales (hébergement)	-	35 %	25 %	35 %	-	35 %	25 %	35 %
OPTIQUE								
Verres, monture ou lentilles	Forfait 90 €/an/personne				Forfait 150 €/an/personne			
Complément verres (si le résultat de la base du régime obligatoire x par le coefficient est supérieur à 25 % du forfait ci-dessus versement du différentiel par la mutuelle)	Coefficient 4				Coefficient 8			
DENTAIRE								
Consultations et soins dentaires	-	-	25 %	30 %	-	-	25 %	30 %
Prothèses dentaires	93% de la BRSS				153% de la BRSS			
Orthodontie	93% de la BRSS				153% de la BRSS			
HOSPITALISATION								
Frais de séjour	-	-	-	20 %	-	-	-	20 %
Forfait hospitalier	Prise en charge illimitée au tarif en vigueur				Prise en charge illimitée au tarif en vigueur			
Forfait hospitalier séjour en psychiatrie ou maison de convalescence	Limité à 60 jours par an et par personne au tarif en vigueur				Limité à 90 jours par an et par personne au tarif en vigueur			
Chirurgie réfractive (kératotomie)	100 € par oeil				150 € par œil			
PROTHESES – DIVERS								
Petit appareillage	100 % de la base de remboursement CP ou SS				150 % de la base de remboursement CP ou SS			
Prothèses auditives, oculaires, mammaires, capillaires	100 % de la base de remboursement CP ou SS				150 % de la base de remboursement CP ou SS			
ALLOCATIONS ET AIDES								
Prestation obsèques (pour les bénéficiaires si adhésion avant 60 ans) (5)	550 €				550 €			
Séjour d'un parent accompagnant un enfant de moins de 12 ans hospitalisé	20 € par nuit maximum 12 nuits				35 € par nuit maximum 30 nuits			
Allocation journalière pour hospitalisation en chambre particulière	20 € par jour maximum 10 jours				45 € par jour maximum 30 jours			
PRESTATIONS DE PREVENTION								
Patch anti tabac	50 € sur présentation de la facture et de l'ordonnance du médecin							
Contraception féminine non remboursée par l'AMO	15 € par trimestre sur présentation de la facture et de l'ordonnance du médecin							
Densitométrie osseuse	Prise en charge du ticket modérateur dans le cadre des tarifs conventionnés							
Scellement des sillons dentaires	Prise en charge du ticket modérateur dans le cadre des tarifs conventionnés							

Hors parcours de soins : la baisse de prise en charge du régime obligatoire ne sera pas remboursée par la MCN, de même que les dépassements

Hors parcours de soins : la baisse de prise en charge du régime obligatoire ne sera pas remboursée par la MCN, de même que les dépassements

<i>Remboursement des dépenses de santé dans la limite de remboursement du régime obligatoire uniquement dans le cadre parcours de soins coordonné</i>	BASIC	TRANQUILLE	CONFORT
MALADIE (1)			
Consultations, visites généralistes	TM	TM	TM+25% TC
Consultations, visites spécialistes	TM	TM	TM+25% TC
Forfait de 18€ sur les actes lourds supérieurs à 120€	100%	100%	100%
Pharmacie	TM	TM	TM
Biologie, radiologie	TM	TM	TM
Auxiliaires médicaux	TM	TM	TM
Transport	TM	TM	TM
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	TM	TM	TM
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge illimitée au tarif en vigueur		
Forfait de 18€ sur les actes lourds supérieurs à 120€	100%	100%	100%
Séjour d'un parent accompagnant un enfant de moins de 15 ans (frais de repas, frais d'hôtel ou nuitée à l'hôpital) (Les cas particuliers à traiter en bureau)	20€ / nuit avec maximum 10 nuits / hospitalisation	30€ / nuit avec maximum 10 nuits / hospitalisation	40€ / nuit avec maximum 10 nuits / hospitalisation
Allocation journalière pour hospitalisation en chambre particulière	20€ / nuit avec maximum 10 nuits / hospitalisation	30€ / nuit avec maximum 10 nuits / hospitalisation	50€ / nuit avec maximum 10 nuits / hospitalisation
Dépassements d'honoraires, secteur 2 (2)	Néant	50€/an	100€/an
PSYCHIATRIE et CONVALESCENCE			
Hospitalisation	TM	TM	TM
Forfait journalier psychiatrie	Limité à 30 jours au tarif en vigueur	Limité à 60 jours au tarif en vigueur	Limité à 90 jours au tarif en vigueur
Forfait journalier convalescence	Limité à 30 jours au tarif en vigueur	Limité à 60 jours au tarif en vigueur	Limité à 90 jours au tarif en vigueur
Chambre particulière rééducation, convalescence, psychiatrie	Néant	20 €/nuit - 60 nuits/ an	35 €/nuit - 90 nuits/ an

CURES THERMALES			
Cures thermales (forfait et honoraires médicaux)	TM	TM	TM
Cures thermales (hébergement)	TM	TM + 50 €/an	TM + 100 €/an
OPTIQUE			
Consultation	TM	TM	TM + 25% TC
Moins 18 ans forfait annuel pour une monture	20€/an	30€/an	50€/an
Moins 18 ans Verres	20€/verre illimité	30€/verre illimité	50€/verre illimité
Moins 18 ans Lentilles acceptées ou non	Forfait 30 €/an	Forfait 50 €/an	Forfait 100 €/an
Plus 18 ans forfait annuel pour une monture	40 €	60 €	90 €
Plus 18 ans forfait annuel par verre	25 €/verre	45 €/verre	70 €/verre
Plus 18 ans forfait lentilles acceptées ou non. Non cumulable avec forfait monture et forfait verre	Forfait 90 €/an	Forfait 150 €/an	Forfait 230 €/an
Plus de 18 ans : Complément verres (3) (si le résultat de la base du régime obligatoire x par le coefficient est supérieur au forfait verre ci-dessus versement du différentiel par la mutuelle)	Coefficient 4	Coefficient 8	Coefficient 12
DENTAIRE			
Consultations et soins dentaires (ex : stomato)	TM	TM	TM
Prothèses dentaires en plus du TM (4)	100 % BR	150 % BR	190 % BR
Orthodontie en plus du TM (4)	100 % BR	150 % BR	190 % BR
Implant (4)	Néant	50€ par implant	150€ par implant
PROTHESES APPAREILLAGE DIVERS			
Grand appareillage	Sur étude du dossier avec minimum de 100 % de la base de remboursement SS		
Petit appareillage accepté suivant nomenclature	TM + 45€	TM + 65€	TM + 85€
Chaussures orthopédiques et semelles	TM + 45€	TM + 65€	TM + 85€
Prothèse mammaire, capillaire, oculaire (par prothèse médicalement prescrit),	TM + 45€	TM + 65€	TM + 85€
Prothèse auditive (par prothèse et par an)	100 % BR + 100€	100 % BR + 200€	100 % BR + 400€
Acoustique accessoires pièces détachées (réparation, piles,,,))	TM + 20€/an	TM + 30€/an	TM + 40€/an

PRESTATIONS DE PREVENTION			
Sevrage tabagique sur présentation de la facture et de l'ordonnance du médecin	50 € par an		
Ostéodensitométrie	TM	TM ou 40€/an	
Scellement des sillons dentaires	TM	TM	
Vaccination non prise en charge par le RO (5)	Néant	25€ par an	35€ par an
HORS NOMENCLATURE			
Chirurgie réfractaire (kératotomie)	100 € par œil	300 € par œil	500 € par œil
Soins Parodontie	Néant	75€ /an	150€ /an
Pilule contraceptive non remboursée par le RO - Forfait par trimestre sur présentation de la facture et de l'ordonnance du médecin	15 €	20	30
Soins paramédicaux (Ostéopathe, chiropracteur, acuponcteur, étiope, pédicure) (Sur présentation d'une facture acquittée d'honoraire d'un praticien agréé)	Néant	60% des dépenses dans la limite de 100€ par an	60% des dépenses dans la limite de 150€ par an
Les remboursements des dépenses de santé, part complémentaire ou forfaits et allocations sont versées dans la limite des dépenses engagées			
(1) Hors parcours de soins, la baisse du remboursement par le RO n'est pas prise en charge par la Mutuelle			
(2) Chirurgie : prise en charge des dépassements d'honoraires, en secteur 2, pour les actes en chirurgie prescrits dans le cadre du parcours de soin.			
(3) Pour connaître le montant dans le cadre de ce coefficient, adressez un devis à la mutuelle			
(4) Dans la limite d'un remboursement total par la mutuelle par an et par bénéficiaire de 1750 €			
(5) Ne sont pas concernés (pour la grippe) les cheminots en activités et les bénéficiaires âgés de plus de 65 ans			
NOTA: Aucune prise en charge des participations forfaitaires			

Article 33. Prestations et cotisations des contrats collectifs

Les prestations et cotisations des contrats collectifs sont définies dans les clauses écrites et souscrites entre l'employeur ou la personne morale et la mutuelle.