

Cahier juridique

Contrats collectifs obligatoires pour les Travailleurs Handicapés

au 1er janvier 2025



SOMMAIRE

STATUTS DE LA MUTUELLE INTÉGRANCE	3
TITRE IER - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	3
CHAPITRE 1 - Formation et objet de la Mutuelle	3
CHAPITRE 2 - Conditions d'admission, de démission, de radiation et d'exclusion	4
TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	6
CHAPITRE 1 - Assemblée Générale	6
CHAPITRE 2 - Conseil d'Administration	9
CHAPITRE 3 - Président et Bureau	14
CHAPITRE 4 - Mandataire mutualiste	15
CHAPITRE 5 - Organisation financière	15
TITRE III - DISPOSITIONS DIVERSES	15
RÈGLEMENT INTÉRIEUR	18
CHAPITRE I - Organisation politique	18
CHAPITRE II - Organisation administrative	19
CHAPITRE III - Organisation financière	20
CHAPITRE IV - Divers	20
NOTICE D'INFORMATION POUR LES CONTRATS COLLECTIFS	22
OBLIGATOIRES À DESTINATION DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS	22
Objet de la notice d'information	22
CHAPITRE I - Vie du contrat	22
CHAPITRE II - Prestations complémentaire santé	26
CHAPITRE III - Prestations particulières ou aide sociale	32
CHAPITRE IV - Cotisations	32
CHAPITRE V - Dispositions diverses	34
ANNEXE 1 - Relative aux prestations santé	38
ANNEXE 2 - Conditions au 1er janvier 2025 de la garantie « standard » ouverte aux adhésions et relevant de la notice d'information pour les contrats collectifs obligatoires de complémentaire santé à destination des Travailleurs Handicapés	42
NOTICE D'INFORMATION INTÉGRANCE ASSISTANCE	43

STATUTS

de la Mutuelle Intégrance

TITRE I^{ER} - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 - Formation et objet de la Mutuelle

Article 1 : Crée sous l'égide de l'Union nationale des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales (U.N.A.P.E.I), une Mutuelle appelée « Intégrance » est établie au 51, rue Paul Meurice - CS 51111- 75970 Paris Cedex 20.

Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 340 359 900, elle est régie par le Livre II du Code de la Mutualité.

L'identifiant d'entité juridique (LEI) de la mutuelle Intégrance est le 969500XMI0H3DJ6QIS53.

La mutuelle Intégrance est adhérente à la Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F), reconnue d'utilité publique et immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 304 426 240.

Article 2 : La Mutuelle est agréée sur les branches

1) Accidents (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles) et 2) Maladie.

La Mutuelle a pour objet :

- de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie afin de favoriser l'accès aux soins, prioritairement, des personnes handicapées et âgées, de leur famille et de tous ceux qui leur apportent leur concours ;
- de couvrir, conformément aux dispositifs légaux prévus à cet effet, les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie des travailleurs non-salarisés et des personnels pouvant notamment relever des établissements médico-sociaux ou de la fonction publique territoriale ainsi que leur famille ;
- de mener toute action de nature à permettre le développement moral, intellectuel et physique de ses membres ;
- de participer éventuellement à la protection complémentaire en matière de santé prévue aux

articles L.861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale ;

- de proposer des formules de prévoyance individuelle et collective ainsi que des produits d'assurance vie.

La Mutuelle peut conclure, au bénéfice de ses membres, tout contrat collectif auprès d'une autre mutuelle ou union de mutuelles régie par le livre II du Code de la Mutualité, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale ou entreprise d'assurance régie par le Code des Assurances, pour la couverture des risques ou la constitution des avantages mentionnés à l'article L.111-1 du Code de la Mutualité. Dans ce cas, bien que la Mutuelle ne soit pas l'assureur direct des risques relatifs à ces opérations, elle reste l'interlocuteur de ses adhérents.

La Mutuelle peut recourir à des intermédiaires d'assurance, notamment des courtiers afin de distribuer des produits entrant dans l'objet de la Mutuelle.

La Mutuelle peut confier tout ou partie de sa gestion technique ou administrative à des organismes habilités pour ce faire.

La Mutuelle peut également faire de l'indication d'assurance de biens, dans le cadre d'un partenariat avec un organisme tiers.

La Mutuelle peut passer convention avec toute mutuelle ou union de mutuelles régie par les dispositions du Livre I ou III du Code de la Mutualité, afin de faire bénéficier ses adhérents de leurs services. La Mutuelle peut également adhérer à une union de groupe mutualiste, définie à l'article L.111-4-1 du Code de la Mutualité ou à une union mutualiste de groupe définie à l'article L.111-4-2 du Code de la Mutualité ainsi qu'à un groupe prudentiel tel que défini au 5^e de l'article L.356-1 du Code des Assurances, qu'il soit régi par le Code de la Mutualité, le Code de la Sécurité sociale ou le Code des Assurances.

La Mutuelle peut céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité et quel que soit son statut juridique, tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des

avantages qu'elle constitue. La conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur non régi par le Code de la Mutualité relève de la décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Article 3 : Un règlement intérieur, approuvé par le Conseil d'Administration détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents 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.

Article 4 : Les instances dirigeantes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la Mutualité tels que définis à l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

Article 5 : En application des articles L.114-1 et L.221-6 du Code de la Mutualité, un règlement mutualiste (opérations individuelles) et une notice d'information (opérations collectives), définissent le contenu et la durée des engagements existants entre le membre participant ou honoraire et la Mutuelle, relatifs aux prestations et aux cotisations. Le document approprié est diffusé à l'ensemble des adhérents concernés ; la transmission de la documentation incombe au souscripteur dans le cadre des contrats collectifs.

CHAPITRE 2 - Conditions d'admission, de démission, de radiation et d'exclusion

SECTION I - Conditions d'admission

Article 6 : La Mutuelle admet des membres participants et des membres honoraires.

Les membres honoraires sont des personnes physiques qui versent des cotisations (cotisation annuelle dont le montant est arrêté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration), des contributions, rendent des services définis par les statuts (L.114-1 du Code de la Mutualité) ou font des dons à la Mutuelle sans bénéficier des prestations.

Les adhérents au contrat Épargne-Handicap, qui au moment de la souscription, versent une

contribution (dont le montant est arrêté par le Conseil d'Administration), acquièrent la qualité de membre honoraire pendant toute la durée du contrat.

Sont également admis en tant que membres honoraires toutes les personnes ayant eu la qualité de Président du Conseil d'Administration de la mutuelle Intégrance, ainsi que ceux des autres mutuelles ayant fait l'objet d'une fusion avec Intégrance.

Chacun des membres honoraires verse un droit d'adhésion dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale. Ce montant est fixé une fois par an et est le même pour toutes les adhésions de l'exercice.

Article 7 : L'adhésion à la Mutuelle est annuelle, renouvelable par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année. Toute personne peut adhérer à la Mutuelle notamment celle remplissant les conditions suivantes :

1- relever du régime général ou des régimes spéciaux de la Sécurité sociale, du régime agricole, du régime local Alsace Moselle;

2- et /ou en outre :

- soit bénéficier ou être susceptible de bénéficier des dispositions de la loi du 3 janvier 1968 modifiée par la loi du 5 mars 2007 et/ou de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et/ou de la loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, et/ou de la loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie du 20 juillet 2001 et/ou des dispositions relatives aux accidents du travail ou à l'invalidité ;

- soit connaître un handicap social, tel que visé notamment par la loi du 29 juillet 1998, se manifestant par une importante difficulté d'insertion dans la société, une précarité sociale persistante ou une exclusion de la vie professionnelle ou sociale ;

- soit, sans pouvoir se prévaloir des dispositions précédemment énoncées, être atteint d'une déficience due à l'âge, entraînant une incapacité ou une dépendance importante ;

- soit appartenir à la famille d'une personne handicapée, accidentée du travail ou invalide ;

- soit être bénévole ou salarié, d'une association, d'un établissement ou d'un service spécialisé apportant

son concours aux personnes handicapées, à des accidentés du travail, à des personnes invalides, à des personnes âgées ou à des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

- soit être agent territorial au sens du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- soit être bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire participative ou non participative au sens de l'article L.861-1 du Code de la Sécurité sociale.

7.1 Les membres participants

Sont considérés comme membres participants d'une mutuelle les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

7.2 Les membres bénéficiaires : les ayants droit

Sont considérés comme membres bénéficiaires, les ayants droit du membre participant inscrits au contrat de complémentaire santé.

On entend par membres bénéficiaires (ou ayants droit) du membre participant :

- le conjoint, le concubin ou la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité ;
- les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au premier tiret, jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 25ème anniversaire dès lors qu'ils ne sont ni mariés, ni pacsés, ne vivant pas en concubinage, non chargés de famille; ou jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28ème anniversaire dès lors qu'ils justifient de la poursuite de leurs études ou de leur inscription à France Travail et qu'ils sont à charge fiscalement ;
- les enfants handicapés du membre participant ou des personnes définies au premier tiret, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge, et à charge fiscalement;
- les ascendants, descendants, collatéraux jusqu'au 3ème degré ou alliés au même degré du membre participant, vivant sous le toit de celui-ci et se consacrant exclusivement aux travaux du ménage

et à l'éducation d'enfants à la charge du membre participant.

Les membres bénéficiaires ne sont pas membres participants.

Selon les garanties, les conditions notamment d'âge peuvent varier. Ces dernières sont précisées dans les conditions d'adhésion figurant en annexe du règlement mutualiste ou de la notice d'information applicable à la garantie.

Article 8 : Dans le cadre d'adhésion individuelle, acquièrent la qualité d'adhérent à la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et qui font acte d'adhésion matérialisé par la signature du bulletin d'adhésion.

L'admission des membres est décidée par le Conseil d'Administration qui peut déléguer l'exercice de cette prérogative.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste.

Toute modification des statuts est portée à la connaissance de chaque adhérent.

Le décès du membre participant entraîne la radiation de plein droit du ou des ayants droit, lesquels peuvent adhérer à un nouveau contrat de complémentaire santé en faisant acte d'adhésion matérialisé par la signature du bulletin d'adhésion.

Article 9 : Dans le cadre d'opérations collectives facultatives, la qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature d'une demande d'affiliation qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, de la notice d'information et du contrat conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Dans le cadre d'opérations collectives obligatoires, la qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature d'un contrat souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

SECTION II - Démission, radiation, exclusion et résiliations diverses

Article 10 : La résiliation par un membre participant de la totalité des prestations

servies par la Mutuelle, dans les délais et formes prévues au(x) règlement(s) mutualiste(s) ou par la/les notice(s) d'information du/des contrat(s) collectif(s) facultatif(s) entraîne de plein droit la démission de la Mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent.

Le règlement mutualiste ou la notice d'information applicable à la garantie peut prévoir des motifs de résiliation du contrat par le membre participant ou par la Mutuelle en cours d'année.

Article 11 : La démission d'un membre honoraire est donnée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception avant le 31 octobre de l'année en cours, pour être effective au 1er janvier de l'année suivante.

Article 12 : Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions impératives auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration qui peut déléguer l'exercice de cette prérogative.

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

Sont également radiés les membres honoraires qui n'ont pas acquitté, le cas échéant, leur cotisation due. Cette radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée. Elle peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze (15) jours.

Il peut toutefois être sursis par le Conseil à l'application de cette mesure pour les membres participants et honoraires qui prouvent que des circonstances exceptionnelles et indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation. Le Conseil d'Administration peut déléguer l'exercice de cette prérogative.

Article 13 : Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.

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

lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration. En cas de fraude avérée, le Conseil d'Administration peut donner mandat, à une commission opérationnelle dédiée au sein de la Mutuelle, pour procéder à l'exclusion du membre participant. Une information sera portée à la connaissance du Conseil d'Administration sur les membres participants radiés sur ce motif.

Article 14 : La résiliation de la garantie au motif du bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire participative ou non participative, prend effet au premier jour du mois du bénéfice de cette couverture.

La résiliation est effectuée sur la base de la production d'une attestation justifiant le bénéfice au dispositif Complémentaire Santé Solidaire participative ou non participative.

Le bénéficiaire du dispositif formule le choix d'être géré par son organisme de gestion de la sécurité sociale ou par la mutuelle Intégrance sous la condition que cette dernière soit inscrite sur la liste des organismes gérant la Complémentaire Santé Solidaire.

Article 15 : La démission, la radiation et l'exclusion entraînent la perte de la qualité de membre participant ou honoraire et du droit de participer aux instances de la Mutuelle.

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dispositions légales applicables ou stipulations contraires prévues dans le règlement mutualiste ou la notice d'information. Aucune prestation dont les soins sont intervenus après la date d'effet de la démission, de la radiation ou de l'exclusion ne peut être servie.

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 - Assemblée Générale

SECTION I - Composition, élection

Article 16 : Tous les membres participants et honoraires sont répartis en sections de vote.

L'étendue et la composition des sections de vote sont fixées par le Conseil d'Administration et définies à l'article 2 du règlement intérieur ainsi qu'à l'article 19 des présents Statuts.

Article 17 : L'Assemblée Générale est composée des délégués de la section de vote nationale répartis en plusieurs collèges déterminés dans le respect des conditions prévues à l'article L.114-6 du Code de la Mutualité.

En cas d'opération de fusion, il sera créé une section de vote spécifique qui prendra le nom de « section de vote » suivie du nom de la mutuelle fusionnant avec la mutuelle Intégrance. Cette section comprendra les adhérents de la mutuelle qui sera intégrée à mutuelle Intégrance.

Les adhérents de cette section de vote procéderont à l'élection de leurs délégués conformément aux dispositions du traité de fusion. Par dérogation à l'article 17-1 des présents statuts, les délégués de cette section seront élus pour une durée expirant à la date de la fin du mandat des autres délégués de la section de vote nationale de la mutuelle Intégrance. A l'issue du mandat des délégués de cette section spécifique, celle-ci sera automatiquement dissoute. Les adhérents de la section dissoute seront automatiquement rattachés à la section nationale et aux collèges dont ils dépendent.

Article 17-1 : Exercice du droit de vote et éligibilité
Les membres participants et honoraires élisent, dans les conditions définies ci-après, les délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Les délégués sont élus pour six (6) ans.

Les membres participants et honoraires présents au 31 décembre de l'année précédant les élections et jouissant de leurs droits civiques sont électeurs et éligibles au sein de l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Toutefois, conformément à l'article L.200 du Code Electoral, les personnes bénéficiant d'une mesure de tutelle ou curatelle ne sont pas éligibles.

Dans le cadre d'une mesure de protection juridique, le représentant légal ne peut en aucun cas se substituer au majeur protégé dans l'exercice de sa citoyenneté.

Article 17-2 : Élections des délégués

Les élections des délégués ont lieu à bulletins secrets au scrutin plurinominal à un tour. Il est procédé à l'élection

des délégués par correspondance et / ou par vote électronique.

L'élection a lieu à la majorité relative à condition de réunir au moins 10 % des suffrages exprimés. Au cas où cette condition ne serait pas remplie, il est procédé à un second tour de scrutin.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé. Les membres de l'Assemblée Générale sont rééligibles.

Article 18 : En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause, d'un délégué, le poste de ce dernier est pourvu lors du prochain renouvellement de l'Assemblée Générale. Le Conseil d'Administration peut toutefois décider d'organiser l'élection anticipée du poste vacant.

Le délégué ainsi élu achève le mandat de son prédécesseur.

Article 19 : Au sein de la section de vote, il est procédé à l'élection d'un délégué par collège comme suit :

- Collège relatif aux opérations collectives : un délégué par fraction entière de 2 000 assurés ;
- Collège relatif aux opérations individuelles : un délégué par fraction entière de 800 membres participants ;
- Collège relatif au territoire national français : un délégué par fraction entière de 1 000 membres participants.

Chaque délégué dispose d'une voix à l'Assemblée Générale. Le nombre de postes à pourvoir est déterminé sur la base des effectifs des membres participants de la Mutuelle, arrêtés au 31 décembre de l'année précédant les élections.

Article 20 : Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut donner procuration à un autre délégué. Un même délégué ne peut réunir plus de trois (3) mandats.

Tout délégué absent à deux (2) réunions consécutives de l'Assemblée Générale et n'ayant pas donné procuration à cette occasion s'expose, après avoir été convoqué, à être déchu de son mandat, sur décision du Conseil d'Administration et ratification de l'Assemblée Générale. Il est pourvu à son remplacement dans les conditions mentionnées à l'article 18 des statuts.

SECTION II - Réunion de l'Assemblée Générale

Article 21 : L'Assemblée Générale se réunit au moins 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 - l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant ;
- 4 - un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
- 5 - les liquidateurs.

Article 22 : A défaut de convocation, le Président du Tribunal judiciaire 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 : L'Assemblée Générale doit être convoquée au moins quinze (15) jours avant la date de sa réunion. Chaque délégué reçoit, au préalable, les documents mentionnés à l'article L.114-14 du Code de la Mutualité. Les délégués ont la faculté de voter à distance, conformément à l'article L.114-13 du Code de la Mutualité.

Lorsque le quorum fixé à l'article 27 n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Dans ce cas, le délai entre la date de convocation à cette Assemblée Générale et la tenue de celle-ci est de six (6) jours, au moins.

L'ordre du jour des Assemblées Générales est fixé par le Conseil d'Administration à la majorité de ses membres ou par toute personne ayant pouvoir pour convoquer l'Assemblée Générale. Il doit être joint aux convocations. Toute question dont l'examen est demandé au moins cinq (5) jours avant l'Assemblée Générale, par au maximum le quart des membres de l'Assemblée Générale, est obligatoirement soumise à l'Assemblée Générale.

Est nulle toute décision prise au cours d'une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière. Il est établi

un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

SECTION III - Attributions de l'Assemblée Générale

Article 24 : L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- 1 - les modifications des statuts,
- 2 - les activités exercées,
- 3 - l'existence et le montant des droits d'adhésion,
- 4 - le montant du fonds d'établissement,
- 5 - les règles générales en matière d'opérations collectives et en matière d'opérations individuelles, dans la mesure où les statuts prévoient que le Conseil d'Administration est compétent pour adopter les montants ou les taux de cotisations ainsi que le contenu des notices d'information et les règlements mutualistes liés à ces opérations individuelles et collectives,
- 6 - l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la Mutualité,
- 7 - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- 8 - l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,
- 9 - le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- 10 - le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les

- documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- 11- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice établis conformément à l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité,
- 12 - le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité,
- 13- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les Livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39,
- 14 - le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-3 du Code de la Mutualité,
- 15 - toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale décide :

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

Article 25 : Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la Mutualité.

De manière générale, l'adhésion induit que l'adhérent rejoint l'ensemble de la collectivité des membres de la Mutuelle pour laquelle s'appliquent toutes les décisions que l'Assemblée Générale de la mutuelle Intégrance est conduite à prendre.

SECTION IV - Modalités de vote de l'Assemblée Générale

Article 26 : Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, la délégation de pouvoir prévue à l'article L.114-11, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de votants présents, représentés ou ayant fait

usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique est au moins égal à la moitié du total des membres.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent ou en cas d'élection partielle à la suite d'une fusion ou enfin pour répondre à une situation d'urgence une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle délibère valablement si au moins le quart des délégués constituant l'Assemblée Générale sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance ou de vote électronique.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des membres présents et représentés ou des suffrages exprimés.

Article 27 : Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées à l'article précédent, l'Assemblée Générale ne délibère valablement si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait l'objet des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique est au moins égal au quart du total des membres.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni le quorum fixé, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués ou des suffrages exprimés.

CHAPITRE 2 - Conseil d'Administration

SECTION I - Composition, élection

Article 28 : La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration dont les membres sont des administrateurs 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 18 ans accomplis ;
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois (3) années précédant l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune des

condamnations énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

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

Il est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes, la proportion d'administrateurs de chaque sexe ne pouvant être inférieure à 40% de la totalité des membres, dans les conditions visées à l'article L. 114-16-1 du code de la Mutualité.

Le nombre des administrateurs ayant dépassé la limite d'âge, fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration. Cette disposition ne s'appliquant pas aux membres du Bureau en cours de mandat. Toutefois lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

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.

Les anciens Présidents sont membres de droit du Conseil d'Administration, dès lors qu'ils sont toujours adhérents à la Mutuelle.

Le Président peut inviter les anciens administrateurs aux séances du Conseil d'Administration. Ils participent aux réunions avec voix consultative. Le Président invite également la personne désignée par la SGAPS Apicil, pour une durée égale à celle du partenariat liant la mutuelle Intégrance et la SGAPS Apicil conclu dans le cadre du retrait du groupe prudentiel. Cette personne désignée par la SGAPS Apicil peut participer sans prendre part aux votes au Conseil d'Administration de la mutuelle Intégrance.

Article 29 : La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de 20 administrateurs. Le Conseil d'Administration est composé, pour les deux tiers au moins, de membres participants.

Les membres du Conseil sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale, pour six (6) ans, au

scrutin plurinominal majoritaire à deux (2) tours.

L'électeur doit, sous peine de nullité du vote et sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe, désigner un nombre de candidats de chaque sexe conforme avec les dispositions de l'article L.114-16-1 du Code de la Mutualité.

Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a pas réuni la majorité absolue des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative. Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, la priorité est donnée au candidat dont l'élection permet d'atteindre l'objectif de parité. Si l'objectif est déjà atteint ou ne peut être atteint à défaut de candidatures suffisantes l'élection est acquise au plus âgé.

De plus, deux (2) représentants des salariés de la Mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration. Ils sont élus, pour une durée de deux (2) ans, par le personnel permanent selon le système du scrutin uninominal majoritaire à deux (2) tours. Sont électeurs les membres du personnel ayant une ancienneté minimale de (3) trois mois et sont éligibles les membres du personnel ayant une ancienneté minimale d'un (1) an.

Pour être élu au premier tour du scrutin, la majorité absolue des suffrages exprimés est requise. Au deuxième tour, la majorité relative suffit. En cas de partage égal des voix, l'élection est acquise au plus âgé des candidats.

Article 30 : Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les trois (3) ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- par l'arrivée du terme du mandat ;
- par la survenance d'une incapacité ;
- par la démission ;
- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 28 ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul ; dans ce cas, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- un 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 ;

- lorsqu'ils ne suivent pas le programme de formation liées à leurs fonctions et les responsabilités mutualistes, initialement prévu par la Mutuelle lors de leur première année d'exercice, ou qu'ils ne suivent pas le programme de formation continue durant l'exercice de leur mandat ;
- à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

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

Article 31 : En cas de renouvellement de plus du tiers des membres du Conseil d'Administration, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres sont soumis à réélection.

Article 32 : En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission, perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou par cessation de 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 ou toute autre cause, d'un administrateur, il peut être pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale qui suit ; 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. La non-ratification entraîne la cessation de son mandat.

Le suivi des candidatures au Conseil d'administration est animé par une double représentation ; le Président du Comité d'Audit et le Président du Comité des élections rendent compte de ce suivi auprès du Conseil d'Administration.

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

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum statutaire du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le Président afin de procéder à l'élection de nouveaux administrateurs.

SECTION II - Réunions

Article 33 : Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins trois (3) fois par an. La convocation est obligatoire quand elle est demandée par au moins la moitié des membres du Conseil.

Le Dirigeant opérationnel assiste à toutes les réunions du Conseil d'administration.

Article 34 : Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si au moins la moitié de ses membres sont présents. Sont réputés présents les membres qui participent à la réunion du conseil par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective.

Il prend ses décisions à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, la voix du Président est prépondérante. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

Article 35 : Le Conseil d'Administration peut déclarer démissionnaire d'office de ses fonctions, tout administrateur absent sans motif valable à trois (3) séances au cours de la même année. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale.

SECTION III - Attributions du Conseil d'Administration

Article 36 : 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 37 : Le Conseil d'Administration adopte annuellement les budgets prévisionnels de la Mutuelle. Le Conseil d'Administration détermine les montants ou les taux de cotisations et les prestations dans le cadre des opérations collectives définies par l'article L.221-2-III du Code de la Mutualité ainsi que dans le cadre des opérations individuelles, et adopte également les règlements dans le cadre des opérations individuelles définies par l'article L.221-2-II du Code de la Mutualité.

Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le Conseil d'Administration valide un rapport de gestion et l'ensemble des documents tels que prévus par la réglementation dite Solvabilité 2 notamment le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité (l'ORSA) ainsi que le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR), le rapport régulier au contrôleur (RSR), le rapport actuariel et les politiques écrites.

Le Conseil d'Administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée Générale. Ce rapport inclut les informations visées à l'article L. 212-6 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration rédige un rapport dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion. Il présente ce rapport à l'Assemblée Générale. De manière générale, le Conseil d'Administration exécute toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la réglementation applicable aux mutualées ou par les décisions de l'Assemblée Générale.

Article 38 : 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 un ou plusieurs comités temporaires ou permanents de gestion, dont les membres sont choisis parmi les Administrateurs ou des personnes extérieures qualifiées.

Article 39 : Le Conseil consent au Dirigeant opérationnel les délégations de pouvoir nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, la direction effective de la Mutualité.

SECTION IV - Obligations des Administrateurs et du Dirigeant opérationnel

Article 40 : Les fonctions d'Administrateur sont gratuites. La Mutualité 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.

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

Article 41 : Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un Administrateur ou à un Dirigeant opérationnel (article L.114-31 du Code de la Mutualité).

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

Article 42 : Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à rémunération de la Mutualité qu'à l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la fin de leur mandat (article L.114-28 du Code de la Mutualité).

Article 43 : Les Administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la Loi et des présents statuts. A ce titre, ils sont tenus à une obligation de confidentialité et de réserve.

Les Administrateurs doivent suivre, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation lié à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes. Par ailleurs, durant l'exercice de leur mandat, ces derniers sont tenus de suivre, à des fins de maintien, de renforcement ou d'acquisitions de compétences, une formation continue leur permettant notamment de demander la validation des acquis de leur expérience.

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

Un administrateur ne peut appartenir simultanément à plus de cinq (5) conseils d'administration de mutualités, unions et fédérations.

Le Président du Conseil d'Administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de Président, que quatre (4) mandats d'administrateur, dont au plus deux (2) mandats de président du conseil d'administration d'une fédération ou d'une union ou d'une mutualité.

Certaines exceptions, présentes à l'article L114-23 du Code de la Mutualité, peuvent néanmoins s'appliquer.

Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec les dispositions précédentes doit, dans les trois (3) mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. A l'expiration de ce délai, elle est réputée s'être démise de son mandat le plus récent, sans que soit, de ce fait, remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

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

Article 44 : 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.

SECTION V - Conventions entre la Mutuelle et un Administrateur ou le Dirigeant opérationnel

Article 45 : Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses Administrateurs, en application de l'article L.114-33 du Code de la Mutualité, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale dans les conditions fixées par décret.

Article 46 : Toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses Administrateurs ou le Dirigeant opérationnel, 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 est de même des conventions auxquelles un Administrateur ou le Dirigeant opérationnel 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 ou le Dirigeant opérationnel 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 le Dirigeant opérationnel et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité.

Lorsqu'il s'agit d'un Administrateur, ce dernier ne peut prendre part au vote.

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

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

Article 47 : Il est interdit aux Administrateurs et au Dirigeant opérationnel 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 et de Dirigeant opérationnel, 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 et dirigeants ainsi qu'à toute personne interposée.

La Mutuelle a désigné des responsables des fonctions clés suivantes :

- La fonction clé conformité ;
- La fonction clé audit ;
- La fonction clé gestion des risques ;
- La fonction clé actuarielle.

CHAPITRE 3 - Président et Bureau**SECTION I - Election, composition, réunions**

Article 48 : Le Bureau est élu parmi les membres du Conseil d'Administration à bulletins pouvant, sur demande, être secrets, dans les conditions suivantes : le Président et les membres du Bureau sont élus pour trois (3) ans par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale annuelle. Le Bureau peut également comporter des membres supplémentaires, sans fonction particulière, dans la limite de 2. Le Président peut inviter les anciens Présidents, sous réserve qu'ils soient toujours adhérents à la Mutuelle, aux séances du Bureau, avec voix consultative. Le Président est révocable à tout moment par le Conseil d'Administration.

La durée du mandat des membres du Bureau ne peut, en tout état de cause, excéder la durée de leur mandat d'Administrateur.

Article 49 : Dans le cadre des dispositions de l'article 48, le Bureau se compose notamment :

- d'un Président ;
- d'un ou plusieurs Vice-Présidents ;
- d'un Trésorier ;
- d'un Trésorier Adjoint ;
- d'un Secrétaire ;
- d'un Secrétaire Adjoint.

Article 50 : Les Vice-Présidents seconcent le Président. En cas d'empêchement du Président, le plus âgé des Vice-Présidents le supplée dans toutes ses fonctions avec les mêmes pouvoirs.

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

Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-Président le plus âgé.

SECTION II - Attributions des membres du Bureau

Article 51 : 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 préside les réunions du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales. Il engage les dépenses.

Article 52 : Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Dirigeant opérationnel ou 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 Dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation mentionnée à l'article 39 et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément à l'Assemblée Générale, au Conseil d'Administration et au Président.

Article 53 : Le Secrétaire, à défaut le Secrétaire Adjoint, contrôle les convocations, la rédaction des procès-verbaux et la conservation des archives des instances politiques de la Mutuelle.

Article 54 : Le Trésorier, à défaut le Trésorier Adjoint, contrôle les opérations financières de la Mutuelle et en particulier :

- la tenue des comptes ;
- le processus budgétaire ;
- la politique de placements.

SECTION III - Réunion et délibérations

Article 55 : 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 au moins cinq (5) jours francs avant la date de la réunion, sauf cas d'urgence.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions du Bureau.

Le Bureau ne délibère valablement que si au moins 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.

CHAPITRE 4 - Mandataire mutualiste

Article 56 : Le mandataire mutualiste, en application de l'article L.114-37-1 du Code de la Mutualité, est une personne physique, exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs mentionnés à l'article L.114-16 du Code de la Mutualité, qui apporte à la Mutuelle en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel il a été statutairement désigné ou élu.

Article 57 : La Mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

CHAPITRE 5 - Organisation financière

SECTION I - Recettes et dépenses

Article 58 : Les recettes de la Mutuelle comprennent :
1 - les cotisations complémentaire santé ;
2 - les cotisations des membres honoraires ;
3 - les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
4 - plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la Loi.

Article 59 : Les dépenses comprennent :

1 - les diverses prestations servies aux adhérents ;
2 - les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
3 - les versements faits aux Unions et Fédérations ;
4 - le versement des aides exceptionnelles entrant dans le cadre de l'aide sociale ;
5 - plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

SECTION II - Modes de placement et de retrait des fonds - Règles de sécurité financière

Article 60 : Le Conseil d'Administration, en appui avec le Comité des placements, décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée Générale.

Article 61 : La Mutuelle adhère au Système fédéral de garantie des engagements mutualistes (SFG) de la Mutualité française, qui a pour vocation de prendre en charge le remboursement des frais d'actes médicaux/ chirurgicaux dus aux personnes physiques bénéficiaires, par les mutuelles qui se trouvent dans l'incapacité de faire face à leurs engagements.

SECTION III - Comité d'Audit et commissaire aux comptes

Article 62 : Un comité d'audit, créé par le Conseil d'Administration, est chargé d'aider le Conseil d'Administration à se positionner et à exercer sa responsabilité sur la clôture comptable, l'information financière, le contrôle interne, la gestion des risques, ainsi que l'audit interne et externe. Le Comité d'audit assure également le suivi de l'indépendance des commissaires aux comptes. Il se réunit au moins deux (2) fois par an.

Article 63 : Le commissaire aux comptes porte à la connaissance du Conseil d'Administration et du comité d'audit, les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par l'article L.114-38 du Code de la Mutualité renvoyant vers le titre II du Livre VIII du Code de commerce. Il signale, dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale, les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

TITRE III - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 64 : Comité des élections

Compte tenu de la composition des effectifs de la Mutuelle, le Comité des élections examine la recevabilité des candidatures des délégués et administrateurs et procède à la vérification de l'honorabilité et de la compétence, notamment une réelle capacité de réflexion et de décision, des candidats.

Le Comité des élections est composé de 3 membres, administrateurs de la Mutuelle, pour une durée de six (6) ans.

Un (1) représentant élu de l'Assemblée Générale siège au sein de ce Comité, lors de l'examen des candidatures des délégués.

Article 65 : Pour toute réclamation, le réclamant peut s'adresser au Pôle Réclamations de la Mutuelle à l'adresse suivante : Mutuelle Intégrance - Pôle Réclamations - 51, rue Paul Meurice - CS 51111- 75970 Paris Cedex 20 ou depuis le formulaire de contact disponible sur le site www.integrance.fr en cliquant sur l'onglet « Nous contacter » (Formulaire de contact | Mutuelle Intégrance (integrance.fr) ou depuis « votre espace personnel ».

Une réclamation consiste en une demande formulée par toute personne y compris celle n'ayant pas de relation contractualisée avec la Mutuelle (client, ancien client, bénéficiaire, personne ayant sollicité de la Mutuelle la fourniture d'un produit ou service ou qui a été sollicitée par la Mutuelle, y compris ses mandataires et ayants droit), manifestant un mécontentement, une insatisfaction, formulée quel que soit le canal (téléphone, courrier simple ou recommandé, mail) et quel que soit l'objet (garanties ou services). Une question technique, même complexe, de même qu'une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis ne constitue pas une réclamation.

A compter de l'envoi de la réclamation par le réclamant (le cachet de La Poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale), la Mutuelle doit en accuser réception, par écrit, dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables. Cet accusé de réception n'est pas nécessaire si la Mutuelle répond par écrit à la réclamation dans le délai susmentionné.

La réponse apportée à la réclamation doit être adressée au demandeur dans les deux (2) mois à compter de l'envoi de la première manifestation d'un mécontentement, formulé quel que soit le canal (téléphone, courrier simple ou recommandé, mail), sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

La Mutuelle s'engage à apporter une réponse définitive au demandeur dans le délai de deux (2) mois susvisé, tout en s'efforçant de traiter les réclamations dans un délai inférieur.

Article 66 : 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 26 des statuts.

L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'Administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des Administrateurs.

L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les attributions qu'elle possédait avant la nomination du ou des liquidateurs. Elle confère, s'il y a lieu, tous les pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 27 des présents statuts à d'autres mutuelles, unions ou fédérations ou au Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

Article 67 : Un dispositif de médiation est mis en place en cas de contestation relative aux garanties d'assurance souscrites.

La médiation est assurée par la Médiation de la consommation de la Mutualité Française. Le Médiateur peut être saisi par l'adhérent ou son ayant droit après avoir obtenu une réponse à une réclamation auprès de la Mutuelle, ou à défaut de réponse de la Mutuelle dans un délai de deux (2) mois après l'envoi d'une réclamation.

Le Médiateur peut être saisi :

- soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/> ;
- soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, FNMF - 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15

La Charte de la médiation de la consommation de la Mutualité Française s'applique à la Mutuelle, à ses membres participants et ayants droit qui choisissent de recourir au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française.

Article 68 : Le montant du fonds d'établissement est de 228 600 euros.

STATUTS

RÈGLEMENT

intérieur

Article 1 : Objet

Le présent règlement intérieur, établi en application de l'article 3 des statuts, a pour objet de déterminer les modalités de mise en œuvre desdits statuts.

CHAPITRE I - Organisation politique

Article 2 : Modalités de l'élection des délégués à l'Assemblée Générale

L'élection des délégués à l'Assemblée Générale donne lieu à un appel à candidature auprès des membres participants et honoraires disposant du droit de vote. Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au Président, au moins quarante-cinq (45) jours avant l'élection, afin d'être soumises au Comité des élections. Une seule section de vote est prévue au niveau national.

Article 3 : Modalités de l'élection des Administrateurs

Le renouvellement du tiers des Administrateurs donne lieu à un appel à candidature par l'intermédiaire, notamment, de la Cause mutuelle et du site internet de la mutuelle Intégrance.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au Président, au moins trente (30) jours avant l'élection. L'ordre d'inscription sur la liste électorale est établi chronologiquement en fonction de la date de réception des candidatures.

Le délégué est invité à rayer les noms des candidats auxquels il ne souhaite pas apporter sa voix.

En tout état de cause, tout bulletin de vote pour lequel le nombre de candidats non rayés est supérieur au nombre de postes à pourvoir est considéré comme nul.

3-1 : Régularité et contestation des élections

La régularité des opérations électorales destinées à la désignation des délégués, des membres du Conseil d'Administration et des représentants des salariés au Conseil d'Administration peut être contestée, dans le délai de quinze (15) jours à compter de

l'élection, devant le tribunal judiciaire du siège social de la Mutuelle.

La contestation est formée par déclaration orale ou écrite faite, remise ou adressée au greffe du tribunal judiciaire.

Dans les dix (10) jours du recours, le tribunal judiciaire statue en dernier ressort, sans frais ni forme de procédure et sur simple avertissement donné trois (3) jours à l'avance à toutes les parties intéressées.

La décision prise par le tribunal est notifiée dans les trois (3) jours par le greffe aux parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le pourvoi en cassation est formé dans les dix (10) jours de la notification de la décision du tribunal judiciaire.

Article 4 : Modalités de l'élection du Président du Conseil d'Administration

Le Président du Conseil d'Administration est élu au scrutin uninominal majoritaire à deux (2) tours. Au premier tour de scrutin, l'élection a lieu à la majorité absolue des membres composant le Conseil. Au cas où la majorité requise n'est pas réunie au premier tour de scrutin, il est procédé à un second tour. Seuls les deux candidats parvenus en tête du premier tour peuvent se maintenir.

Au cas où deux candidats parviennent avec le même nombre de voix en seconde position, le candidat le plus ancien dans le Conseil demeure en présence pour le second tour. Au deuxième tour de scrutin, l'élection est acquise à la majorité absolue des suffrages exprimés.

En cas de partage égal des voix obtenues, l'élection est acquise au plus ancien.

Article 5 : Modalités de l'élection des autres membres du Bureau

Les autres membres du Bureau sont élus sur proposition du Président, à la majorité absolue des membres présents du Conseil. L'élection a lieu au scrutin de liste, sans panachage ni vote préférentiel.

Article 6 : Membres qualifiés à titre honorifique

Le Président de la Mutuelle peut inviter toute personne qualifiée aux réunions de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration ou du Bureau, afin d'éclairer ses membres sur tout sujet intéressant la Mutuelle.

Un titre honorifique peut être conféré par le Conseil d'Administration aux Administrateurs et aux membres du Bureau qui ont particulièrement servi les intérêts de la Mutuelle.

Les membres qualifiés et les Administrateurs ou membres du Bureau à qui un titre honorifique a été conféré ne disposent pas en réunion du droit de vote.

Article 7 : Comités spécifiques

Le Conseil d'Administration peut constituer des Comités spécifiques dont il désigne les membres.

1. Les Comités d'étude

Ces Comités font des propositions au Conseil d'Administration. Ils sont composés de membres de la Mutuelle et de personnalités compétentes dans le domaine traité.

Sur proposition des Comités, le Conseil d'Administration désigne leur Président et leur rapporteur.

Le Trésorier est membre de droit des Comités d'étude dont les travaux impliquent des dépenses supplémentaires. Le Directeur Général ou l'un de ses collaborateurs sur sa désignation, est le rapporteur de cette catégorie de Comité.

Font notamment partie des Comités d'étude :

- Le Comité des élections ;
- Le Comité technique ;
- Le Comité des placements ;
- Le Comité des engagements ;
- Le Comité éthique, expertise d'usage et prospective.

2. Le Comité d'Aide Sociale

Il est composé au minimum de cinq membres disposant de voix délibératives, désignés pour une durée de trois (3) ans, par le Conseil d'Administration, parmi les délégués à l'Assemblée Générale et les Administrateurs. Le Comité est chargé de délibérer sur les demandes d'aides présentées par les adhérents et statue, à la vue de l'ensemble des éléments circonstanciés produits.

Le Comité d'Aide Sociale dispose d'une dotation déterminée chaque année par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Un règlement précise les modalités de fonctionnement du Comité d'Aide Sociale ; il est disponible sur simple demande auprès de la Mutuelle et accessible librement sur le site internet de la Mutuelle.

Article 8 : Comités de section

Les membres de la Mutuelle peuvent se regrouper en sections locales. Chaque section locale est animée par un Comité de section, créé et supprimé par la décision du Conseil d'Administration. Chaque Comité est composé de délégués appartenant à la même section.

Le calendrier annuel du Comité est défini par le Conseil d'Administration.

Ce Comité est présidé par le Président de la Mutuelle ou son représentant.

Sur délégation du Conseil d'Administration, le Comité contribue au développement de la Mutuelle et sa représentation auprès des diverses composantes locales de la Mutualité, des activités sociales et sanitaires et de l'Economie sociale. Il rend compte de ses activités au Conseil d'Administration de la Mutuelle. Il est dressé un procès-verbal de la réunion.

Article 9 : Procès-verbaux des réunions

Il est établi pour chaque réunion de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration et du Bureau un procès-verbal des délibérations approuvées lors des séances suivantes par l'organe concerné.

Article 10 : Gratuité des fonctions, indemnités de déplacement

Les fonctions de délégués, d'Administrateurs et de membres des Comités sont gratuites.

Les frais de transport, de restauration et d'hébergement des Administrateurs et des délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle résultant de l'exercice de leurs activités sont remboursés sur présentation des pièces justificatives. L'Assemblée Générale fixe les plafonds de ces frais.

CHAPITRE II - Organisation administrative

Article 11 : Dirigeant opérationnel

Le Dirigeant opérationnel porte également le titre de Directeur Général. Le Directeur Général dirige et maîtrise la gestion de la Mutuelle.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition du Président, le Dirigeant Opérationnel. Il est mis fin aux fonctions du Dirigeant Opérationnel suivant la même procédure. Le Dirigeant Opérationnel ne peut être un administrateur.

Le Conseil d'Administration approuve les éléments de son contrat de travail.

Il fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle, le Dirigeant Opérationnel exerçant ses fonctions sous son contrôle et dans le cadre des orientations qu'il arrête.

Le Dirigeant Opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation mentionnée au précédent alinéa et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément à l'Assemblée Générale, au Conseil d'Administration et au Président.

Il est membre de droit, avec voix consultative, de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration et du Bureau.

Article 12 : Délégations

Le Président a la responsabilité des engagements de dépenses.

L'exercice de cette prérogative peut être délégué à des salariés.

En tout état de cause, l'organisation des délégations de signature et de pouvoirs est soumise, pour approbation, au Conseil d'Administration.

CHAPITRE III - Organisation financière

Article 13 : Tenue de la comptabilité

La comptabilité est tenue conformément à la réglementation en vigueur.

Les comptes sont arrêtés au 31 décembre.

Article 14 : Préparation et adoption du budget

Le Conseil d'Administration détermine les grandes orientations des exercices suivants en matière de prestations, de services, de cotisations et de solvabilité. Il adopte le budget de l'exercice suivant au moins deux (2) mois avant le terme de l'année.

CHAPITRE IV - Divers

Article 15 : Publication

La mutuelle Intégrance fait paraître, au moins une (1) fois par an, une publication intitulée : « LA CAUSE MUTUELLE ».

Elle est adressée gratuitement aux adhérents et aux partenaires de la Mutuelle.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

NOTICE D'INFORMATION

pour les contrats collectifs obligatoires à destination des travailleurs handicapés

Objet de la notice d'information

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties de complémentaire santé, intervenant dans le cadre d'une opération collective à adhésion obligatoire.

Elle précise le contenu des engagements contractuels entre chaque membre participant et la Mutuelle, concernant les prestations et les cotisations des garanties complémentaire santé.

Elle précise également le contenu de clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescriptions.

Le contrat est souscrit par l'Etablissement souscripteur visé aux Conditions Particulières (ci-après dénommé « **l'Etablissement** »), au profit des travailleurs de l'Etablissement défini aux Conditions Particulières du contrat susvisé, conformément à l'acte juridique de l'Etablissement, instituant le régime obligatoire ou le modifiant.

Cet acte est établi dans le respect des principes mutualistes définis aux articles L.110-1 et suivants du Code de la Mutualité, ainsi que des conditions légales et réglementaires de mise en œuvre des régimes collectifs et obligatoires, notamment les articles L.242-1 du Code de la Sécurité sociale et L.344-2-10 du Code de l'action sociale et des familles, permettant à l'Etablissement de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux. Il est exclusivement soumis à la loi française. L'Etablissement est garant de ces conditions de mise en œuvre.

Les garanties sont assurées par la mutuelle Intégrance, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°340 359 900, dont le siège est situé au 51, rue Paul Meurice - CS 51111 - 75970 Paris Cedex 20.

Les garanties de la présente notice d'information sont destinées aux travailleurs de structures se trouvant sur le territoire national métropolitain et dans les

Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) sauf dispositions spécifiques applicables aux garanties.

CHAPITRE I : VIE DU CONTRAT

Article 1 : Définitions

Souscripteur : Personne morale, ESAT (Etablissements et Services d'Accompagnement par le Travail), ayant été mandatée pour souscrire un contrat en complémentaire santé dans l'intérêt de ceux qu'elle représente.

Adhérent ou membre participant : Le travailleur (personne physique) de la personne morale souscriptrice, qui adhère à la Mutuelle, pour lui-même et le cas échéant ses ayants droit (membres bénéficiaires).

Régime obligatoire : Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Ticket modérateur : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise). La part du ticket modérateur prise en charge par la Mutuelle est définie dans les tableaux de garantie.

Article 2 : Bénéficiaires

Sauf dispositions contraires précisées aux Conditions Particulières les bénéficiaires des garanties sont :

- le membre participant,
- les ayants droit du membre participant désignés sur le Bulletin individuel d'affiliation.

On entend par membre bénéficiaire (ou ayant droit) du membre participant :

- Le conjoint, concubin ou partenaire lié au membre participant par un pacte civil de solidarité.
- Les enfants du membre participant et/ou des

personnes définies au premier tiret, jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 25ème anniversaire, dès lors qu'ils ne sont ni mariés, ni pacsés, ne vivant pas en concubinage et non chargés de famille ; ou jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28ème anniversaire dès lors qu'ils justifient de la poursuite de leurs études ou de leur inscription à France Travail et qu'ils sont à charge fiscalement.

- Les enfants handicapés du membre participant ou des personnes définies au premier tiret, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles et à charge fiscalement.

- Les ascendants, descendants, collatéraux jusqu'au 3ème degré ou alliés au même degré du membre participant, vivant sous le toit de celui-ci et se consacrant exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge du membre participant.

Les garanties cessent au 31 décembre de l'année au cours de laquelle les enfants atteignent leur 28ème anniversaire.

Article 3 : Durée de l'engagement

L'adhésion à la Mutuelle est annuelle et renouvelable par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

Article 4 : Prise d'effet

Les garanties entrent en vigueur pour le membre participant et ses éventuels ayants droit :

- soit à la date d'effet du contrat collectif à adhésion obligatoire « Frais de Santé » souscrit par l'établissement si le travailleur est inscrit aux effectifs à cette date ;

- soit à la date d'entrée du nouveau travailleur si l'Etablissement transmet l'information à la Mutuelle dans les plus brefs délais et au plus tard dans les soixante (60) jours suivant l'entrée dans la catégorie de personne bénéficiaire. Si ce délai n'est pas respecté, l'adhésion du travailleur concerné ne sera effective qu'au premier (1er) jour suivant la réception par la Mutuelle du bulletin ;

- soit au terme du bénéfice d'un des cas de dispense d'adhésion tels que prévus par la réglementation.

En cas d'adhésion ultérieure d'un ayant droit (membre bénéficiaire) celle-ci intervient au plus tôt au 1er jour du mois de réception de la demande, sauf en présence d'un nouveau-né où l'adhésion s'effectue au jour de la naissance si cette dernière a été notifiée à la Mutuelle dans les trois (3) mois qui suivent l'événement.

Les membres participants et leurs ayants droit éventuels bénéficient du remboursement des prestations santé dès la prise d'effet de leur adhésion.

Article 5 : Suspension du contrat

Le bénéfice du régime mis en place par le souscripteur est maintenu en cas d'absence de l'assuré (au sens de l'article 2 de la présente notice) entraînant la suspension de son activité et donnant lieu au maintien de sa rémunération garantie dans les conditions de l'article R.243-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

La contribution du souscripteur doit être maintenue pendant toute la période de suspension de l'activité indemnisée.

L'assuré doit acquitter la part de la cotisation complémentaire santé lui incomtant, calculée selon les règles prévues par le régime.

Lorsque l'absence de l'assuré ne donne pas lieu à indemnisation, celui-ci devra se référer à l'acte juridique de mise en place du régime pour savoir si le bénéfice du contrat collectif obligatoire est maintenu.

Les travailleurs absents ne bénéficiant d'aucune indemnisation au sens du paragraphe précédent peuvent voir leurs garanties suspendues. Cette suspension des garanties intervient à la date à laquelle la rémunération garantie n'est plus maintenue, et s'achève dès la reprise effective de l'activité par l'intéressé, sous réserve que l'Etablissement informe la Mutuelle dans le mois suivant la reprise.

A défaut d'information dans ce délai, la garantie est due par la Mutuelle dans la mesure où l'adhésion, résultant du présent contrat, est obligatoire. En contrepartie, une action en paiement des cotisations non versées sera menée par la Mutuelle.

Toutefois, les travailleurs concernés peuvent, s'ils le

souhaitent, demander à bénéficier d'un maintien de leurs garanties pendant la durée de la suspension de leur contrat d'accompagnement par le travail, à charge pour eux de s'acquitter, directement auprès de la Mutuelle, de la totalité de la cotisation due pour les travailleurs en activité.

Le membre participant bénéficiaire de ce maintien facultatif a la possibilité de résilier sa couverture chaque année à son échéance annuelle (31 décembre), en envoyant à cet effet à la Mutuelle une lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité au moins deux (2) mois avant cette échéance (soit le 31 octobre au plus tard).

Après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, le membre participant peut demander la résiliation de son contrat à tout moment, sans frais ni pénalités.

Cette demande de résiliation pourra être faite par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité et prendra effet un (1) mois après la réception de la demande de résiliation. Le maintien cesse, en tout état de cause :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions fixées à l'article 23-2,
- en cas de résiliation de la couverture par le membre participant, dans les conditions fixées au paragraphe précédent,
- en cas de résiliation du contrat par l'Etablissement ou par la Mutuelle selon les termes prévus dans les Conditions Générales.

Article 6 : Maintien des garanties à titre individuel : cas visés par l'article 4 de la loi Evin

Sous réserve que la garantie ait été mise en place par un acte juridique fondateur au sein de l'Etablissement, la Mutuelle proposera un maintien individuel des garanties au profit :

- des anciens travailleurs bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, et ce sans condition de durée. La demande de maintien ne sera acceptée que si elle a été faite dans les **six (6) mois** qui suivent la rupture du contrat d'accompagnement par le travail. Cette garantie prendra effet au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat d'accompagnement par le travail. La Mutuelle adresse

la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux (2) mois à compter de la rupture du contrat d'accompagnement par le travail ;

- des ayants droit d'un travailleur décédé, pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six (6) mois suivant le décès**. L'Etablissement en informe la Mutuelle qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux (2) mois à compter du décès.

Les tarifs applicables aux anciens travailleurs (ou ayants droit d'un travailleur décédé) dans le cadre du maintien de garantie sont fixés conformément à la réglementation en vigueur.

La Mutuelle respectera cette obligation de maintien tant que les conditions initiales d'octroi seront respectées (bénéfice d'un revenu de remplacement, d'une rente d'invalidité ou d'incapacité). Au-delà, les bénéficiaires de ce maintien cesseront d'en bénéficier et pourront demander leur adhésion à une garantie individuelle auprès de la Mutuelle.

Le membre participant bénéficiaire de ce maintien facultatif a la possibilité de résilier sa couverture chaque année à son échéance annuelle (31 décembre), en envoyant à cet effet à la Mutuelle sa demande via une lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité au moins deux (2) mois avant cette échéance (soit le 31 octobre au plus tard).

Après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, le membre participant peut demander, à tout moment, la résiliation de son contrat et ce sans supporter de frais ni de pénalités.

Cette demande de résiliation pourra être faite par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité et prendra effet un (1) mois après la réception de la demande de résiliation.

Le maintien cesse :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions fixées à l'article 23-2 de la présente notice,
- en cas de résiliation de la couverture par le membre participant, dans les conditions fixées au paragraphe précédent,

- lorsque les conditions initiales d'octroi pour bénéficier du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi Evin ne sont plus remplies.

Article 7 : Terme des garanties

Article 7-1 : Radiation d'un ayant droit

La radiation annuelle d'un ayant droit, affilié à titre facultatif, est signifiée par le membre participant à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou tout autre moyen prévu par le contrat, selon la garantie souscrite. Elle ne peut prendre effet qu'au 1er janvier de chaque année sous réserve d'en faire la demande au moins deux (2) mois avant cette date (avant le 31 octobre de l'année précédente).

À tout moment, le membre participant peut demander à la Mutuelle, par lettre, tout autre support durable ou tout moyen prévu par le contrat, selon la garantie souscrite, la radiation d'un de ses ayants droit ayant adhéré à un contrat collectif obligatoire. Cette radiation prendra effet concomitamment au début du contrat collectif obligatoire. La Mutuelle se réserve le droit de demander tout justificatif lié à cette nouvelle adhésion. À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas suivants :

- perte du bénéfice du Régime obligatoire de l'ayant droit ;
- ayant droit bénéficiaire d'une ouverture de droits à la Complémentaire Santé Solidaire participative ou non participative ;
- séparation entre l'ayant droit conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité et le membre participant (fournir une attestation sur l'honneur) ;
- divorce entre le conjoint ayant droit et le membre participant, ou lancement d'une procédure devant conduire au divorce (fournir une copie du livret de famille ou une attestation du greffe du tribunal), ou rupture du pacte civil de solidarité (fournir une attestation du greffe du tribunal ou attestation émanant d'un notaire) ;
- peine privative de liberté.

La radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit est demandée par le membre participant à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception.

La carte de tiers payant mentionnant le nom du ou des ayants droit doit être restituée ; une autre carte sera alors établie pour les ayants droit restant couverts.

La radiation prend effet à la date de l'événement ouvrant droit à la demande, excepté dans le cas d'une séparation entre l'ayant droit et le membre participant où la radiation prend effet au premier (1er) jour du mois suivant la réception de la demande, accompagnée des pièces justificatives. Elle ouvre droit au remboursement du prorata de cotisation réglée d'avance.

Article 7-2 : Cessation des garanties

Les garanties cessent pour les membres participants et le cas échéant pour leurs ayants droit :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'Etablissement ou par la Mutuelle,
- à la sortie des effectifs, sous réserve d'avoir informé la Mutuelle dans un délai de soixante (60) jours suivant la sortie ; à défaut, les garanties cessent le lendemain de la réception de la demande,
- lorsque le travailleur ne remplit plus les conditions d'adhésion visées aux Conditions Particulières,
- pour la couverture d'un ayant droit, au moment où il perd cette qualité telle que définie à l'article 2 de la présente notice,
- au 1er janvier de chaque année, pour la couverture d'un ayant droit affilié à titre facultatif, en cas de demande de radiation adressée par le membre participant auprès de la Mutuelle, au moins deux (2) mois avant cette date,
- lorsque l'ayant droit adhère à un contrat collectif obligatoire,
- au décès du travailleur pour ses ayants droit, sous réserve d'une éventuelle application de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989,
- conformément aux Statuts de la Mutuelle, en cas d'exclusion du membre participant.**

Suivant le motif de la cessation des garanties, la Mutuelle peut être amenée à demander à l'Etablissement le justificatif correspondant.

Il est précisé que seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date figurant sur le décompte du Régime obligatoire est antérieure à la date d'effet de la

résiliation, continuent d'être pris en charge.

La cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du travailleur entraîne à la même date, la cessation des garanties mises en place au profit des ayants droit.

CHAPITRE II : PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Article 8 : Principe

Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer au membre participant et ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations en nature versées par le Régime obligatoire. Des prestations en espèce peuvent également être versées, selon la garantie souscrite, dans le cadre du versement d'un capital (exemple : allocation maternité).

Les prestations procurées par ces garanties sont précisées dans le tableau descriptif de ces dernières.

La date des soins retenue par la Mutuelle correspond à la date des soins prise en compte par la Sécurité sociale pour effectuer son remboursement.

En cas de non prise en charge par la Sécurité sociale, la date des soins retenue correspond à la date des soins indiquée sur la facture.

Article 9 : Nature des prestations remboursées

Article 9-1 : Contrat responsable

Sauf mention contraire figurant au tableau des garanties, les prestations sont fournies notamment dans les conditions prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable ».

Il prévoit des obligations minimales et maximales de prise en charge des prestations liées aux consultations et aux prescriptions et couvre l'intégralité du reste à charge pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ».

Aussi, les obligations de prise en charge portent sur :

- l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 160.5 du Code de la Sécurité sociale, à l'exception des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de ce même article ;
- le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée ;

- la prise en charge des prestations liées à la prévention.

À l'inverse, ne donnent pas lieu à remboursement :

- la participation forfaitaire prévue à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale,
- la franchise annuelle prévue à l'article L.160-13 III du Code de la Sécurité sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical, les transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence et les prestations effectuées par un pharmacien d'officine),
- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale (refus par le patient du transport partagé, alors que son état de santé et la situation le permettent),
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par l'adhérent ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la majoration de la participation supportée par l'adhérent et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés conformément à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale,
- et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties du contrat d'assurance seront adaptées en cas de modification des prescriptions liées au contrat responsable.

Article 9-2 : Exclusions et limitations

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou pas adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- elle ne peut excéder ce qui est prévu au contrat ;

- elle doit être inférieure à 100% du tarif de responsabilité et à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au dispositif de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, en respectant une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour les consultations ou les actes dispensés par les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

La prise en charge des médicaments, soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ou non, est réalisée dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Les prestations accordées viennent en complément des prestations en nature accordées par les différents régimes de Sécurité sociale français. Certaines prestations peuvent correspondre au versement d'un capital, ce sont des prestations en espèce.

Concernant les soins pris en charge par un régime de Sécurité sociale autre que le régime de Sécurité sociale français, les prestations sont remboursées sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale française en complément du pourcentage d'intervention du régime obligatoire français et dans la limite du reste à charge de l'adhérent.

En présence de codes actes différents de ceux utilisés par le régime de Sécurité sociale français, il est procédé au remboursement sur la base de la codification française qui aurait été appliquée si l'adhérent avait été soigné en France.

Ne donnent pas lieu à remboursement les frais suivants :

- les frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties),
- les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation d'une part, et d'autre part, la date d'entrée du membre participant dans le groupe

assuré et la date de sortie (fin du contrat d'accompagnement par le travail) ; la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération.

- les remboursements des frais de chambre particulière lors de séjour en secteur psychiatrique ;

- le forfait journalier des établissements médico-sociaux, sauf exceptions prévues à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale.

Enfin, dans le cadre de l'hospitalisation, sont exclus (sauf dispositions contraires prévues au tableau de garanties) les frais annexes : téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier.

Les forfaits ou plafonds annuels s'entendent du 1er janvier au 31 décembre.

Lorsque ces forfaits ou plafonds sont fixés pour une durée supérieure à un an, la période s'apprécie à compter de la date d'effet de l'adhésion à la garantie. Par exception, pour certaines prestations notamment l'optique, la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'achat du dernier équipement.

Concernant la force majeure : aucune des parties ne saurait être tenue responsable de sa défaillance ou des retards dans l'exécution de ses obligations, résultant d'un cas de force majeure telle que définie à l'article 1218 du Code civil et admis par la jurisprudence de la Cour de cassation.

Article 9-3 : Paniers 100% santé

Article 9-3-1 : Optique

Les garanties prennent en charge, selon la formule souscrite, un équipement optique composé d'une monture et de deux verres, par période de deux (2) ans. Toutefois, la prise en charge est annuelle pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution justifiée de la vue. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, la prise en charge est possible au terme d'une période minimale de six (6) mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Pour les équipements « 100% Santé » (dits de Classe A) :

La prestation est remboursée à hauteur de 100% des frais réels sous déduction des prestations du Régime Obligatoire, limitée au prix limite de vente (P.L.V.) auquel l'opticien est astreint.

Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage, pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions définies par la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale).

Pour la prestation d'adaptation visuelle, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.

Pour les équipements « hors 100% Santé » (dits de Classe B) :

Pour les verres : à hauteur de la garantie contractuelle dans les limites prévues par le tableau de garantie (incluant la part prise en charge par le Régime Obligatoire), si le contrat prévoit une couverture au-delà du 100% santé.

Pour la monture : à hauteur de la garantie contractuelle, dans la limite de 100 € (incluant la part prise en charge par le Régime Obligatoire).

Pour la prestation d'adaptation visuelle : remboursement à hauteur du ticket modérateur.

Quel que soit le panier choisi, le remboursement de la monture est toujours limité à 100 € (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Lorsque le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (équipement dans le dispositif « 100% Santé » pour la monture et les verres « hors 100% Santé » ou inversement) le plafond appliqué est celui applicable au dispositif « hors 100% Santé » indiqué dans le tableau de garantie, dans la limite des Prix limites de vente pour la partie de l'équipement relevant du « 100% Santé » et de 100€ pour la monture.

Il est impossible de cumuler le forfait prévu pour un équipement à prise en charge libre et le remboursement d'un équipement 100% santé.

Article 9-3-2 : Aides auditives

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre (4) ans suivant la date de facturation de l'aide

auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Les garanties s'appliquent aux aides auditives prises en charge par le Régime Obligatoire.

Dispositif « 100% Santé » :

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du dispositif « 100% Santé » sont pris en charge à 100% des frais réels sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire, limité aux prix limite de vente (PLV).

Dispositif « hors 100% Santé » :

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif libre » sont pris en charge à minima à hauteur du ticket modérateur.

Dans le cas où le contrat prévoit une couverture au-delà du ticket modérateur et du « 100% Santé », le remboursement s'effectue à hauteur de la garantie contractuelle, dans la limite de 1700 euros par aide auditive (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Article 9-3-3 : Dentaire

Dispositif « 100% Santé » :

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du dispositif « 100% Santé », sont pris en charge à 100% des frais réels sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire, limité aux Honoraires limites de facturation (HLF).

Il s'agit de certaines prothèses dentaires définies réglementairement (arrêté du 24/05/2019 paru au Journal Officiel du 30/05/2019), en fonction de la localisation de la dent, du matériau utilisé et du type de prothèses dentaires.

Cela concerne notamment des couronnes dentaires dentoportées céramiques monolithiques (CCM) sans zircone et céramométalliques sur dent visible (incisive, canine et 1ère prémolaire), CCM zircone hors molaires, couronnes dentaires dentoportées métalliques toutes localisations, des inlays core et couronnes transitoires, des bridges comportant 2 piliers d'ancrage

céramométalliques et un élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive, des bridges comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et un élément intermédiaire métallique (codes CCAM : HBLD680, HBLD634, HBLD350, HBLD038, HBLD090, HBLD490, HBLD785, HBLD033).

Ainsi que les prothèses amovibles à base de résine et que certaines couronnes dentaires provisoires.

Dispositif « hors 100% Santé » :

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif maîtrisé » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle **limité à l'honoraire limite de facturation (HLF)** sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire. Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle sans limitation.

Article 10 : Principe indemnitaire

Le remboursement des frais de soins, par la Mutuelle, présente un caractère indemnitaire. **Le remboursement des prestations effectuées par la Mutuelle ne peut en aucun cas excéder le montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.**

Article 11 : Versement des prestations

Les assurés doivent être à jour de leurs cotisations pour percevoir leurs prestations.

Les justificatifs qui seront adressés à la mutuelle Intégrance devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique par voie électronique). L'assuré peut envoyer ses justificatifs de prestations par voie postale à l'adresse suivante : mutuelle Intégrance - Service Prestations - 51, rue Paul Meurice - CS 51111 - 75970 Paris Cedex 20 ou par voie électronique depuis le formulaire de contact disponible sur le site www.integrance.fr en cliquant sur l'onglet « Nous contacter » (Formulaire de contact | Mutuelle Intégrance (integrance.fr) via l'espace personnel de l'adhérent.

Sauf exceptions, les prestations sont versées par virement sur le compte bancaire

ou postal du membre participant ou, le cas échéant, sur demande expresse du membre participant sur le compte bancaire ou postal de ses ayants droit. Les prestations sont versées, sauf exceptions dues à certaines situations spécifiques dans un délai moyen de huit (8) jours et dans un délai maximal de vingt (20) jours.

Article 12 : Tiers payant

Le membre participant et ses ayants droit éventuels peuvent bénéficier du tiers payant. Une carte de tiers payant est adressée et mise à disposition de chaque membre participant. Ce dispositif permet au membre participant de ne pas avoir à réaliser d'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé situés en France (pharmacies, hôpitaux, laboratoires, opticiens...) en fonction des accords passés avec la Mutuelle et du niveau de garantie mentionné sur sa carte de tiers payant. Les professionnels de santé se font rembourser directement par la caisse de régime obligatoire du membre participant et par la Mutuelle.

Conformément à la réglementation relative aux contrats responsables, la Mutuelle permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et en fonction de son niveau de garanties. Le tiers payant est intégral pour les équipements faisant partie du panier de soins « 100% Santé ». Il s'applique au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par le membre participant et ses ayants droit éventuels, **dans la limite des prix limites de vente (PLV) et des honoraires limites de facturation (HLF).**

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à restituer leur carte de tiers payant lorsque leurs droits ne sont plus ouverts. En tout état de cause, ils s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire ou auprès de la Mutuelle, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

En cas de non-remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Article 13 : Tableau des pièces à fournir

La Mutuelle peut demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie, notamment s'agissant de la preuve de la qualité d'ayant droit du bénéficiaire.

Pour la bonne gestion de ses remboursements et plus globalement de son contrat, l'adhérent est tenu de transmettre à la Mutuelle la copie de son attestation carte Vitale à chaque changement de situation (invalidité, changement de domicile, nouvel ayant droit, changement de régime de Sécurité sociale...).

La mutuelle Intégrance conseille à ses adhérents de produire, pour étude, avant la réalisation de certains actes, notamment les soins dentaires (traitement prothétiques, implantaires ou orthodontiques...), un exemplaire du devis établi par le professionnel de santé. La Mutuelle pratiquant la télétransmission, l'adhérent peut être dispensé de l'envoi des décomptes de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle Intégrance conserve les flux NOEMIE un (1) an. Passé ce délai, le décompte Sécurité sociale devra être joint à la demande de remboursement.

Lorsque la Mutuelle a signé des conventions de tiers payant avec des professionnels de santé, l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais sur la part complémentaire. En cas de remboursements forfaitaires (optique, dentaire, audiologie, forfait journalier, chambre particulière), l'assuré doit adresser une demande de prise en charge à la Mutuelle afin de bénéficier de la dispense d'avance de frais.

Les prestations sont versées par la mutuelle Intégrance, qui peut déléguer tout ou partie de la gestion.

NOTICE D'INFORMATION

Liste des pièces à fournir pour vos remboursements de frais médicaux

Ce tableau recense les principales prestations proposées par la mutuelle Intégrance. Pour connaître l'intégralité des prestations prévues dans votre contrat, nous vous invitons à consulter le détail de votre garantie santé et la notice d'information.

	VOUS AVEZ RÈGLE L'INTÉGRALITÉ DES FRAIS	VOUS AVEZ PAYÉ UNIQUEMENT LA PART MUTUELLE
Frais médicaux courants / soins de ville		
Consultations, visites et actes médicaux	Décompte Sécurité Sociale*	Facture acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Analyses médicales		
Radiologie / Echographie		
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes,...)		
Transports médicaux		
Médicaments remboursés Séc. Sociale		
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, ergothérapeute, diététicien, psychologue, psychomotricien	Facture détaillée et acquittée	-
Vaccins non remboursés Séc. Sociale / sevrage tabagique	Facture acquittée + ordonnance	-
Hospitalisation		
Frais de séjour	En clinique : facture détaillée et acquittée A l'hôpital : avis des sommes à payer + attestation de paiement	Facture détaillée et acquittée
Dépassement d'honoraires		
Forfait journalier		
Chambre particulière		
Frais accompagnant	Facture détaillée et acquittée + bulletin de situation	
Télévision	Facture détaillée et acquittée + bulletin de situation	
Forfait hospitalisation en maternité	Facture détaillée et acquittée	-
Optique		
Lunettes et lentilles acceptées Séc. Sociale	Décompte Sécurité Sociale* + ordonnance	Facture acquittée + ordonnance + décompte Sécurité Sociale*
Lentilles non remboursées par la Séc. Sociale	Facture détaillée et acquittée + ordonnance	-
Chirurgie réfractive	Facture détaillée et acquittée	-
Dentaire		
Consultations / soins / radiographies	Décompte Sécurité Sociale*	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Prothèses dentaires acceptées Séc. Sociale		
Prothèses dentaires refusées Séc. Sociale		
Orthodontie acceptée Séc. Sociale	Décompte Sécurité Sociale*	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Orthodontie refusée Séc. Sociale	Facture détaillée et acquittée	-
Implants / parodontologie / scellement des sillons / patchs blanchissants		
Appareillage		
Petit et grand appareillage	Décompte Sécurité Sociale*	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Fauteuil roulant		
audioprothèses		
Forfaits		
Cure thermale	Décompte Sécurité Sociale*	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Allocation maternité	Acte de naissance ou d'adoption	-
Equipement post cancer	Facture détaillée et acquittée	-

* l'envoi du décompte Sécurité Sociale n'est pas nécessaire en cas de fonctionnement des Echanges des données informatiques (E.D.I) avec votre caisse de Sécurité Sociale.

Article 14 : Prestations indues

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle dans les plus brefs délais si des prestations étaient indûment versées et à procéder à leur remboursement. La Mutuelle, par ses propres contrôles, peut constater que ces prestations ont été indûment versées. Un courrier est alors envoyé à l'assuré pour demander le remboursement de l'indu. A défaut du versement de l'indu, la Mutuelle pourra en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

Article 15 : Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée à concurrence du montant des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions des membres participants et de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'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, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique ou d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnissent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident susceptible d'entraîner la mise en jeu des dispositions précédentes, le membre participant et, le cas échéant, les ayants droit s'engagent à informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de la survenance de cet accident. Le membre participant et ses ayants droit s'engagent également à communiquer à la Mutuelle tous les documents et informations dont elle pourrait avoir besoin pour exercer son recours.

Article 16 : Révision des prestations

Le montant et les modalités des prestations garanties ont été établis en considération des conditions existantes et applicables au regard de la réglementation en vigueur. Si ces différents éléments venaient à être modifiés, la Mutuelle se réserve le droit de réajuster, à partir de la date d'entrée en vigueur de cette réglementation, les conditions des garanties proposées. En tout état de cause, la Mutuelle en informera le souscripteur ; le

souscripteur en informera le membre participant selon les modalités prévues à l'article 28-3 de la présente notice d'information.

CHAPITRE III : PRESTATIONS PARTICULIERES OU AIDE SOCIALE

Article 17 : Garantie en inclusion : Intégrance Assistance

La garantie Intégrance Assistance est assurée et gérée par FILASSISTANCE International. Elle est incluse dans les garanties de complémentaire santé et ses conditions sont prévues dans la notice d'information Intégrance Assistance qui est délivrée à tout adhérent de la Mutuelle.

Article 18 : Aide sociale

L'Assemblée Générale de la Mutuelle détermine chaque année la dotation dont dispose le Comité d'Aide Sociale, visé à l'article 7 du règlement intérieur, pour attribuer des aides ponctuelles aux adhérents de la Mutuelle. Ces aides sont attribuées, sous certaines conditions, sur demande dûment justifiée et circonstanciée de l'adhérent, dans la limite de la dotation annuelle, par le Comité d'Aide Sociale. Un règlement précise les modalités d'attribution de ces aides et le fonctionnement de ce Comité. Il est disponible sur le site www.integrance.fr ou sur simple demande auprès de la Mutuelle.

CHAPITRE IV : COTISATIONS

Article 19 : Principes

La cotisation, individuelle ou familiale, donne accès aux prestations et aux services de la Mutuelle.

Article 20 : Détermination

Les garanties sont assurées en contrepartie du versement des cotisations dont les montants sont fixés aux Conditions Particulières et inscrits dans la grille tarifaire. Ces cotisations ont un caractère annuel.

Les montants des cotisations des opérations collectives obligatoires peuvent être établis notamment sur la base du montant en vigueur des prestations de la Sécurité sociale, des données démographiques communiquées par l'Etablissement, et de l'adhésion de l'ensemble des

travailleurs ou d'une partie d'entre eux, de la composition familiale, de l'âge du membre, du secteur d'activité, du régime obligatoire d'assurance maladie (régime général, régime Alsace-Moselle ou régime spécial), du lieu de résidence et du secteur géographique.

Article 21 : Gratuité

La naissance ou l'adoption d'un enfant ouvre droit à la gratuité de la cotisation pendant trois (3) mois suivant la naissance ou l'adoption. Le bénéfice de cette gratuité est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat du membre participant dans les trois (3) mois qui suivent la naissance ou l'adoption, sous peine de forclusion.

Article 22 : Paiement

Les cotisations sont payables mensuellement ou, par dérogation, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

La périodicité et les modalités de paiement des cotisations sont expressément définies dans les Conditions Particulières.

Le paiement des cotisations par le travailleur intervient à terme échu et fait l'objet d'un prélèvement individuel sur son compte bancaire (hors livret d'épargne).

La cotisation est payée au prorata temporis.

Article 23 : Défaut de paiement des cotisations

Article 23-1 : Non-paiement des cotisations en cas de précompte par l'Etablissement

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, lorsque l'Etablissement assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'Etablissement et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure de l'Etablissement. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'Etablissement, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le travailleur est informé qu'à l'expiration du

délai prévu au paragraphe précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'Etablissement est susceptible d'entraîner la suspension des garanties et la résiliation du contrat, sauf s'il entreprend de se substituer à son employeur pour le paiement des cotisations.

A défaut la Mutuelle a le droit de mettre fin au contrat dix (10) jours après le délai de trente (30) jours précité.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. En tout état de cause, la cotisation annuelle est entièrement due.

La Mutuelle peut appliquer des majorations de retard, dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration.

Article 23-2 : Non-paiement des cotisations par le membre participant

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance par le membre participant, ce dernier peut se voir ainsi que ses ayants droit exclus de la couverture des options facultatives (renforts) du contrat.

L'exclusion peut intervenir dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure de paiement. Cette lettre de mise en demeure ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu au paragraphe précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion des garanties facultatives définies au contrat.

La cotisation annuelle reste due. La Mutuelle pourra poursuivre en justice le recouvrement de la cotisation.

Article 23-3 : Dispositions communes

Les droits des adhérents sont rouverts dès régularisation des impayés uniquement si la régularisation intervient avant la résiliation.

La Mutuelle peut procéder au recouvrement de sa créance par toutes voies de droit.

La mutuelle Intégrance se réserve le droit, en cas de défaut de paiement des cotisations, d'adopter au cas par cas, selon les situations présentées, des dispositions plus favorables à l'égard de l'adhérent ou du souscripteur.

Article 24 : Révision des cotisations

Dans le respect des articles 24 et 37 des Statuts, le montant des cotisations est révisé par la Mutuelle au 1er janvier de chaque année ou en cours d'année notamment dans les cas suivants :

- pour tenir compte de l'évolution des régimes d'Assurance Maladie obligatoire et du résultat financier global de la garantie ;
- pour tenir compte de l'évolution du risque constaté chaque année ;
- pour tenir compte des évolutions réglementaires.

Un avenant au contrat collectif portant mention de ces nouveaux engagements sera signé entre la Mutuelle et le souscripteur.

CHAPITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 25 : Fraude

La fraude consiste en un acte volontaire permettant de tirer un profit illégitime du contrat d'assurance.

En cas de suspicion de fraude de la part de l'adhérent, la Mutuelle peut lui demander de fournir des explications. En cas de fraude avérée démontrée par la Mutuelle, cette dernière peut prononcer l'annulation des droits aux prestations et poursuivre l'adhérent par toute voie de droit.

Article 26 : Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

En application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle

alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 27 : Forclusion, prescription et interruption de la prescription

En application de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de la survenance 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 du membre participant, 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 du membre participant ou de ses ayants droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, notamment : demande en justice, mesure d'exécution forcée, mesure conservatoire, reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque.

La prescription est également suspendue lors de la saisine du Médiateur de la consommation de la Mutualité Française.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé par la Mutuelle à l'Etablissement ou au membre

participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le membre participant ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations.

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans un délai de vingt-quatre (24) mois dont le point de départ est fixé ci-après :

- Soins ambulatoires : date des soins,
- Soins externes hospitaliers : date des soins,
- Soins dentaires : date des soins,
- Prothèses dentaires : date d'exécution,
- Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste...) : date des derniers soins,
- Séjour : date d'entrée,
- Honoraires : date des soins,
- Lunettes et lentilles acceptées par le Régime Obligatoire : date de facturation,
- Lentilles refusées par le Régime Obligatoire : date de facturation,
- Appareillage : date de facturation,
- Cure thermale : date de fin de cure,
- Pharmacie : date de facturation,
- Orthodontie : date des soins.

Article 28 : Obligations réciproques d'information

Article 28-1 : Obligation d'information de la part de l'adhérent

En cas de changement de situation, de quelque nature qu'il soit (familial, bancaire, changement de régime de Sécurité sociale, changement d'établissement d'hébergement, cessation du contrat d'accompagnement par le travail...), l'adhérent est tenu d'en aviser la Mutuelle dans les plus brefs délais. Certains changements de situation sont susceptibles d'entraîner une modification de garantie ou de cotisations.

Article 28-2 : Obligation d'information de la part de la Mutuelle

Toute modification des Statuts et notices de la Mutuelle est portée à la connaissance du souscripteur. Les modifications des prestations et des cotisations se font par un avenant signé des parties (hors les évolutions réglementaires).

La Mutuelle s'engage à remettre au souscripteur les documents précontractuels et contractuels.

Article 28-3 : Obligation d'information de la part de l'Etablissement

En cas de changement de situation, de quelque nature qu'il soit (bancaire, changement de régime de Sécurité sociale, changement d'établissement d'hébergement, cessation du contrat d'accompagnement par le travail...), l'Etablissement est tenu d'en aviser la Mutuelle dans les plus brefs délais. Certains changements de situation sont susceptibles d'entraîner une modification de garantie ou de cotisations.

L'Etablissement est tenu de remettre la présente notice d'information et les Statuts de la Mutuelle à chaque membre participant. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'Etablissement est également tenu d'en informer chaque membre participant en lui remettant la notice établie à cet effet par la Mutuelle trois (3) mois au minimum avant l'entrée en vigueur desdites modifications.

L'Etablissement s'engage à informer la Mutuelle de l'entrée et de la sortie des effectifs des membres participants.

Article 29 : Réglementation des données personnelles

En vertu de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés ainsi que le Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (ou « RGPD »), l'adhérent est informé que la mutuelle Intégrance collecte, traite, enregistre, stocke et utilise les données personnelles le concernant :

- Dans le cadre de l'exécution du contrat et de la gestion de vie du contrat : tels que les appels à cotisations et facturations, gestion des impayés, modifications du contrat, demande de devis ou d'évolution des garanties, remboursement des frais de soins, radiation et résiliation ;
- Dans le cadre du respect des obligations légales et réglementaires lui incombant ;
- Dans le cadre de l'intérêt légitime : dûment justifié de la mutuelle Intégrance de réaliser des études statistiques ayant notamment pour finalité l'évaluation et l'évolution des offres, la lutte contre la fraude et le contrôle interne, la lutte contre le blanchiment des

capitaux et le financement du terrorisme, les contrôles obligatoires lors de l'entrée et tout au long de la relation d'affaires en lien avec les lois et réglementations relatives à la lutte contre les infractions pénales monétaires et financières ;

- Dans le cadre du consentement : lorsque l'adhérent accepte expressément et préalablement à tout traitement l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de communication commerciale portant sur des produits et services similaires à sa garantie, à des fins de prospection commerciale pour des produits et services distincts de sa garantie proposés par la Mutuelle et ses partenaires, à des fins de traitement de ces demandes effectuées au travers des formulaires informatiques du site internet ou des extranets, ou encore dans le cadre de la gestion des cookies.

Ces données personnelles sont strictement confidentielles et sont destinées aux services compétents de la mutuelle Intégrance ou, le cas échéant, à ses partenaires habilités intervenant dans le cadre de l'exécution du contrat.

Cependant, dans ce cadre, la mutuelle Intégrance peut également être amenée à communiquer certaines des données ainsi recueillies à des tiers dûment habilités et fournissant des garanties suffisantes ainsi elle peut sous-traiter une partie de la gestion de la vie du contrat, à ses délégataires de gestion dans le strict respect de la réglementation applicable lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la ou les finalités déclarées.

L'adhérent est également informé que la mutuelle Intégrance est amenée à communiquer des données concernant la prise en charge, le remboursement et la liquidation des prestations aux organismes de sécurité sociale ainsi qu'aux organismes de tiers payant.

L'adhérent est également informé que la mutuelle Intégrance n'envisage pas d'effectuer un transfert de données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. Cependant dans l'éventualité où des transferts de données à caractère personnel seraient mis en œuvre, la mutuelle Intégrance fera usage de moyens d'encadrement de ces transferts hors UE adaptés : décision d'adéquation émise par la Commission Européenne, Règles d'Entreprises Contraignantes, ou Clause Contractuelles Type de la Commission Européenne.

L'adhérent est cependant informé que les durées de conservation n'excéderont pas la durée du contrat à laquelle s'ajoute une conservation en base intermédiaire de 6 ans révolus, sauf exception spécifique liée à certains documents :

- Pièces justificatives en cas de contentieux 10 ans après la fin de la procédure.

L'adhérent dispose des droits suivants :

- De demander l'accès à ses données personnelles,
- De demander la rectification de celles-ci,
- De demander leur effacement,
- De demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- De demander l'opposition au traitement de ses données,
- De retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
- De demander la portabilité de ses données,
- De définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

L'adhérent peut exercer ses droits en contactant la mutuelle Intégrance :

- Soit en adressant un e-mail à l'adresse suivante : dpo@integrance.fr
- Soit en écrivant à : Mutuelle Intégrance - Délégué à la protection des données (DPO) - 51 rue Paul Meurice - CS 51111 - 75970 Paris Cedex 20.

L'adhérent est informé qu'en cas de difficultés à faire valoir ses droits, il peut introduire une réclamation au niveau de la CNIL, soit directement via l'onglet téleservice de plainte sur leur site ou bien par voie postale en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes 3 place de Fontenoy TSA 80715 75334 Paris CEDEX 07.

Article 30 : Réclamations

Pour toute réclamation, le réclamant peut s'adresser au Pôle Réclamations de la Mutuelle à l'adresse suivante : Mutuelle Intégrance - Pôle Réclamations - 51, rue Paul Meurice - CS 51111 - 75970 Paris Cedex 20 ou depuis le formulaire de contact disponible sur le site www.integrance.fr en cliquant sur l'onglet « Nous contacter » (Formulaire de contact | Mutuelle Intégrance (integrance.fr) ou depuis « votre espace personnel »).

Une réclamation consiste en une demande formulée par toute personne y compris celle n'ayant pas de relation

contractualisée avec la Mutuelle (client, ancien client, bénéficiaire, personne ayant sollicité de la Mutuelle la fourniture d'un produit ou service ou qui a été sollicitée par la Mutuelle, y compris ses mandataires et ayants droit) manifestant un mécontentement, une insatisfaction, formulée quel que soit le canal (téléphone, courrier simple ou recommandé, mail) et quel que soit l'objet (garanties ou services). Une question technique, même complexe, de même qu'une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis ne constitue pas une réclamation.

A compter de l'envoi de la réclamation par le réclamant (le cachet de la Poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale), la Mutuelle doit en accuser réception, par écrit, dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables. Cet accusé de réception n'est pas nécessaire si la Mutuelle répond par écrit à la réclamation dans le délai susmentionné.

La réponse apportée à la réclamation doit être adressée au demandeur dans les deux (2) mois à compter de l'envoi de la première manifestation d'un mécontentement, formulé quel que soit le canal (téléphone, courrier simple ou recommandé, mail), sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

La Mutuelle s'engage à apporter une réponse définitive au demandeur dans le délai de deux (2) mois susvisé, tout en s'efforçant de traiter les réclamations dans un délai inférieur.

Article 31 : Médiation

Une médiation assurée par le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française peut être mise en place en cas de contestation relative aux garanties d'assurance souscrites. Le Médiateur peut être saisi par l'adhérent ou son ayant droit après avoir obtenu une réponse à une réclamation auprès de la Mutuelle, ou à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de deux (2) mois après l'envoi d'une réclamation.

Pour être recevable, la saisine doit être accompagnée d'une copie de la réclamation adressée à la Mutuelle, mentionnant le destinataire de la réclamation et la date d'envoi.

La saisine du Médiateur suspend la prescription.

Ne peuvent pas être examinés par le Médiateur
les litiges n'entrant pas

dans son champ de compétence, les litiges manifestement infondés ou abusifs (tels que les litiges dont l'intérêt est inférieur à 30 euros), les litiges pour lesquels le membre participant a introduit sa demande auprès du Médiateur plus d'un (1) an après sa réclamation auprès de la Mutuelle ainsi que les litiges précédemment examinés ou en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal, et ayant le même objet.

Le Médiateur peut être saisi :

- soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :
<https://www.mediateur-mutualite.fr> ;
- soit par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

Si la saisine est recevable, le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois (3) mois à compter de la notification de sa saisine.

Les modalités de recours au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sont consultables sur le site www.mediateur-mutualite.fr.

Article 32 : Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'établissement du contrat, à sa complétude et mise à jour du dossier.

Article 33 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE 1 - RELATIVE AUX PRESTATIONS SANTE

1 - Soins médicaux courants

- Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale : selon la garantie souscrite, la Mutuelle prend en charge tout ou partie des frais de transport (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi agréé...) remboursés par la Sécurité sociale.

- Frais de transport non remboursés par la Sécurité sociale : selon la garantie souscrite, la Mutuelle prend en charge tout ou partie des frais de transport (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi agréé...) non remboursés par la Sécurité sociale.

- Dépenses des auxiliaires médicaux non remboursées par la Sécurité sociale : selon la garantie souscrite, il s'agit des honoraires des ostéopathes, chiropracteurs, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, podologues, diététiciens ou acupuncteurs. Seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Ces séances sont prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime soit en euros par séance et par bénéficiaire, avec un plafond annuel de séances soit en euros par an et par bénéficiaire.

- Pack Confort : si la prestation est prévue au tableau des garanties, seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Il s'agit uniquement de séances d'un ostéopathe, d'un acupuncteur, d'un podologue, d'un chiropracteur, d'un diététicien, d'un psychomotricien, d'un ergothérapeute ou d'un psychologue. Les documents justificatifs servant de base au remboursement doivent faire apparaître les qualités citées plus haut. Ces séances sont prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par séance et par bénéficiaire, avec un plafond annuel de séances valable pour l'ensemble de ces professionnels.

- Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle ne concerne que les restes à charge sur des actes effectués lors d'un séjour en cure thermale (hors hébergement et transport). Selon la garantie souscrite, les dépenses d'hébergement et de transport remboursées ou non par la Sécurité sociale peuvent également être prises en charge. Lorsque la cure thermale se déroule dans le cadre d'une

hospitalisation, les prestations relèvent exclusivement de la rubrique hospitalisation.

- Complément équipements post-cancer : si la prestation est prévue au tableau des garanties, sitôt les séances de rayon ou de chimiothérapie prescrites, l'assuré bénéfice d'une allocation déclenchée sur facture pour faire face aux dépenses en lien avec sa pathologie en vue de l'amélioration de son confort. Ces prestations portent exclusivement sur un complément de prothèses capillaires, un complément de prothèses mammaires et l'achat de lingerie post-mastectomie.

- Dispositif MonPsy : ce dispositif s'adresse aux personnes âgées de 3 ans et plus et prévoit la prise en charge partielle par la Sécurité sociale d'un accompagnement psychologique comprenant un entretien d'évaluation et des séances de suivi conformément à la réglementation. Dans le cadre des contrats responsables, la Mutuelle prendra en charge la participation laissée à l'assuré.

- Le Forfait Patient Urgences : ce forfait patient urgences (FPU) est facturé à toute personne se rendant dans une structure des urgences d'un établissement de santé pour des soins non programmés et qui sort des urgences sans être hospitalisée dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de cet établissement. Le forfait peut être réduit voire supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13 I du Code de la Sécurité sociale. Intégrance prend en charge ce forfait dans le cadre des contrats responsables.

2- Pharmacie

Sauf indication contraire, les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale ne font l'objet d'aucun remboursement par la Mutuelle.

- Pharmacie conseil : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle consiste en un forfait de prise en charge des médicaments à service médical rendu faible ou non remboursables avec ordonnance.

- Contraceptions prescrites non prises en charge par la Sécurité sociale : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle consiste en un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire.

- Sevrage tabagique : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est prise en charge

par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire. Le remboursement de la prestation par la Mutuelle se fera uniquement sur présentation d'une facture nominative de l'adhérent. Sont concernés tous les substituts nicotiniques. Il peut s'agir de gommes à mâcher ou de patchs antitabac. Il peut s'agir aussi de séances d'acupuncture ou d'hypnose dès lors qu'elles ont pour finalité le sevrage tabagique (dans ce cas la facture devra le préciser). Est exclue la prise en charge de la cigarette électronique.

- Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est prise en charge par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire.

3- Dentaire

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, il est conseillé de demander préalablement un devis aux services de la mutuelle Intégrance.

- Prothèses : en fonction de la garantie souscrite, une majoration de remboursement peut être prévue s'il s'agit de dents visibles. Les dents visibles sont les incisives, les canines et les premières prémolaires. Elles portent les numéros : 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23 et 24 (haut) ainsi que 31,32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44 (bas). En l'absence de facture détaillant le numéro de dent, le barème de remboursement « dents non visibles » est appliqué.

Les dents non visibles telles que les molaires et les deuxièmes prémolaires ne font l'objet d'aucune majoration de remboursement. Il s'agit des dents portant les numéros : 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27 et 28 (haut) ainsi que 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48 (bas).

- Soins dentaires et inlays onlays : cette rubrique comprend les remboursements des soins dentaires ainsi que ceux relatifs aux inlays onlays. Tous les autres soins sont dits opposables, dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

- Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale : la rubrique « prothèses dentaires » non prises en charge par la Sécurité sociale concerne exclusivement les couronnes et bridges inlay core et inlay core à clavette. En cas de piliers de bridges non pris en charge par la Sécurité

sociale, le bénéficiaire doit adresser à la Mutuelle la note d'honoraires détaillée et acquittée.

- Parodontologie, scellement des sillons, patchs blanchissants : si les prestations sont prévues au tableau des garanties, des prestations de parodontologie non prises en charge par la Sécurité sociale, de scellements de sillons non pris en charge par la Sécurité sociale et de patchs blanchissants peuvent être prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire. Il convient d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements.

- Implantologie : si la prestation est prévue au tableau des garanties, la prestation d'implantologie est prise en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par implant et par bénéficiaire, avec un plafond annuel d'implants ou en euros par an et par bénéficiaire. Elle concerne exclusivement l'implant : les frais annexes (frais chirurgicaux, prothèses dentaires, faux moignons) ne sont pas couverts au titre de cette garantie. Il convient d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements.

- Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale : si la prestation est prévue au tableau des garanties, la prestation est versée à la fin de chaque semestre de traitement (dit semestre actif) ou à la fin de l'année de contention. Pour ces traitements non pris en charge ou partiellement par la Sécurité sociale, l'intervention de la Mutuelle se fait sur une base de remboursement reconstituée d'après la codification Sécurité sociale fournie par le professionnel.

- Examen bucco-dentaire : Si la prestation est prévue au tableau des garanties, la Mutuelle, en complément de l'assurance maladie obligatoire, prend en charge l'examen bucco-dentaire annuel pour les ayants droit ou assurés sociaux remplissant les conditions d'ouverture aux prestations de l'assurance maladie âgés de 3 à 24 ans inclus.

4- Optique

La Mutuelle rembourse sur la base des limites prévues au contrat. Sauf disposition contraire figurant sur le tableau des garanties :

- Le montant en euros comprend la prise en charge du

ticket modérateur et s'entend pour 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux (2) ans pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution justifiée de la vue nécessitant un changement de verres et sur présentation de la prescription médicale liée à la première et deuxième demande. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, la prise en charge est possible au terme d'une période minimale de six (6) mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Par ailleurs, le montant alloué au règlement de la monture est lui-même plafonné.

- La prestation lentilles est prise en charge dans la limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire. Cette prestation peut viser, selon la garantie souscrite, les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables. Pour être remboursées, les lentilles doivent être prescrites médicalement.

- **Chirurgie réfractive de l'œil** : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle ne concerne que les restes à charge sur les actes chirurgicaux de ce type, ainsi que sur les prothèses intra-oculaires, dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire.

Le tableau de garantie peut prévoir que la prise en charge s'entend par œil.

5- Hospitalisation

Il est nécessaire d'adresser à la Mutuelle une facture détaillée faisant apparaître la nature des actes et des prestations.

- **Honoraires** : quand un dépassement d'honoraires n'apparaît pas sur la facture hospitalière, il est nécessaire d'adresser à la Mutuelle le reçu d'honoraires du praticien.

- **Forfait journalier** : selon la garantie souscrite, des limitations de prise en charge, mentionnées au tableau de garantie et exprimées en nombre de jours par an, peuvent être appliquées concernant le forfait journalier en psychiatrie, les séjours en réadaptation ou rééducation fonctionnelle (DMT 172, 178, 179, 187 et 739), les séjours en convalescence ou moyen séjour (DMT 169, 170, 185, 214, 466, 627 et 737).

- **Chambre particulière** : la prestation s'entend par jour dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire et de la durée maximale de prise en charge mentionnée au tableau de garantie.

- **Nuitée d'accompagnement (ou frais d'accompagnant)** : cette nuitée comprend le lit d'accompagnement et le repas du soir. La prestation s'entend par jour dans la double limite des frais engagés par bénéficiaire et de la durée maximale de prise en charge mentionnée au tableau de garantie.

L'accompagné doit remplir deux (2) conditions cumulatives :

- être obligatoirement bénéficiaire de la garantie, - selon la garantie souscrite, avoir moins de 16 ans, plus de 70 ans ou être une personne handicapée.

La facture doit émaner de l'établissement hospitalier ou de la structure qui en dépend.

- **Maternité (Protocoles non pris en charge par la Sécurité sociale)** : si la prestation est prévue au tableau des garanties, les frais liés aux amniocentèses non prises en charge par la Sécurité sociale ainsi qu'aux fécondations in vitro non prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursés par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros et par an. Pour les fécondations in vitro (FIV), la prestation est limitée à 2 FIV par an.

Il convient d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements et des tentatives.

- **Forfait pour hospitalisation en maternité** : selon la garantie souscrite, la Mutuelle verse, lors de l'accouchement, une participation liée aux dépenses engagées présentant un lien direct avec l'accouchement au titre du « forfait pour hospitalisation en maternité ». Cette somme est allouée à l'adhérent si ses droits sont ouverts au jour de l'événement.

Le versement de cette somme est subordonné à la production d'une facture justificative.

- **Forfait « Hospi Plus »** : Selon la garantie souscrite, au titre du forfait « Hospi Plus », la Mutuelle verse une participation fixée au tableau de garantie liée aux dépenses engagées présentant un lien direct avec une hospitalisation de plus de dix (10) jours (hors hospitalisation en psychiatrie, en maison de repos ou en maison de convalescence).

Cette participation est indemnitaire et peut concerner la prise en charge des dépassements d'honoraires, du transport refusé par la Sécurité sociale ou de la chambre particulière.

Cette somme est allouée à l'adhérent si ses droits sont ouverts au jour de l'événement.

Le versement de cette somme est subordonné à la production d'une facture justificative.

6- Appareillage

- Fauteuil roulant : ces véhicules sont inscrits au titre IV de la Liste de Produits et Prestations de l'Assurance maladie (LPP). La prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et, sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un forfait supplémentaire fixé en euros dont la périodicité est prévue au tableau de garantie.

- Appareillage (sauf titre IV de la LPP & Audioprothèses) : il s'agit notamment de semelles orthopédiques, de bas de contention, de béquilles, de prothèses de jambe, de prothèses mammaires ou capillaires. La prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

- Aides auditives (ou Audioprothèses) : la prestation, qui s'entend par oreille appareillée ou en forfait annuel, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, et sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un forfait en euros supplémentaire dont la périodicité et les modalités sont fixées au tableau des garanties. Cette prestation inclut la prise en charge des aides auditives ostéo-intégrées dans la limite du forfait prévu pour les aides auditives de classe II, renouvelable tous les quatre (4) ans.

- Forfait aide technique inscrite à la LPP ou à la section I-2 de l'arrêté du 28 décembre 2005 modifié : si la prestation est prévue au tableau de garantie, elle consiste en un forfait en euros annuel et par bénéficiaire. Les frais de main d'œuvre ne sont pas pris en charge.

7- Autres

- Consultation pour l'obtention d'un certificat médical pour la pratique d'un sport : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est prise en charge par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire. Le versement de cette prestation est subordonné à la production d'une facture justificative.

- Allocation maternité : Si la prestation est prévue au tableau des garanties, l'allocation maternité est payée autant de fois qu'il y a de naissances. Elle est versée aussi en cas d'adoption.

- Télésurveillance médicale : Si la prestation est prévue au tableau de garantie, la Mutuelle prend en charge les consultations de télésurveillance médicale pour certaines pathologies réglementairement énumérées en application de l'article 36 de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 et ses textes d'application.

**ANNEXE 2 - CONDITIONS AU 1ER JANVIER
2025 DE LA GARANTIE « STANDARD »
OUVERTE AUX ADHÉSIONS ET RELEVANT
DE LA NOTICE D'INFORMATION POUR LES
CONTRATS COLLECTIFS OBLIGATOIRES DE
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ À DESTINATION DES
TRAVAILLEURS HANDICAPÉS**

GARANTIE FLEX'ESAT 2

8 niveaux de garanties

Conditions de souscription :

Le souscripteur doit :

- être un Etablissement et Services d'Accompagnement par le Travail ;
- être un établissement de moins de 300 travailleurs.

Conditions d'adhésion :

Adhérent (membre participant)

L'adhérent doit :

- relever d'un régime de Sécurité sociale français (Régime Général ou Régime Local) ;
- être un travailleur de l'Etablissement et être inscrit aux effectifs de l'établissement adhérent.

NOTICE D'INFORMATION

Intégrance Assistance

LA NOTICE D'INFORMATION INTÉGRANCE ASSISTANCE
EST DISPONIBLE SUR LE SITE INTERNET
WWW.INTEGRANCE.FR OU SUR DEMANDE DE
L'ADHÉRENT FAITE À LA MUTUELLE,
AVEC TRANSMISSION PAR VOIE POSTALE
OU PAR VOIE ÉLECTRONIQUE.

Restons en contact
www.integrance.fr



Intégrance - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, dont le Siège social est situé au 51 rue Paul Meurice - CS 51111- 75970 Paris Cedex 20.
Toutes marques déposées. Photos : © S.Gauguin / Fotolia - Conception : Comquest.
Impression : M2R2 7 rue Condorcet 91350 Grigny. CCO TH-01/25.