

# Guide Mutualiste 2018

Mutuelle des Cheminots  
de Normandie

**2018**  
Une seule Normandie

## GRÂCE À VOTRE SOUTIEN

La Ligue contre le Cancer mène ses missions de lutte contre le cancer grâce à la générosité du public (dons, legs, manifestations...)

En donnant à la Ligue, vous financez à la fois la recherche, les actions pour les malades et leurs proches, la prévention et la promotion des dépistages, près de chez vous.



### UNE RETRAITE BIEN MÉRITÉE

Voilà une retraite bien méritée pour Daniel GUIRAUD après plus de 10 ans de bons et loyaux services.



Daniel GUIRAUD  
Directeur

Entré à la MCN en juin 2006, Daniel a fait valoir ses droits à la retraite fin décembre 2017. Originnaire de Dordogne, après avoir exercé près de 15 ans dans les secteurs de la protection sociale et du monde mutualiste, il nous a rejoint et s'est vite acclimaté à notre climat normand et surtout cheminot.

Ceux qui l'ont côtoyé durant ces dernières années ont pu apprécier ses qualités humaines et professionnelles ; mais aussi ses citations et formules bien choisies pour ce passionné d'histoire et de Lettres.

Durant son exercice, il aura préservé l'identité de notre mutuelle et travaillé sur des dossiers stratégiques tels que celui du centre de santé dentaire mutualiste, l'UGM ALMA et les projets successifs de fusion avec la mutuelle des cheminots de Picardie puis avec la mutuelle Entrain.

TEXTE OU PHOTO  
À AJOUTER

### UN NOUVEAU DIRECTEUR POUR LA MCN

C'est donc un nouveau directeur qui a pris ses fonctions début octobre 2017, Guillaume LORIN.



Guillaume LORIN  
Nouveau Directeur

Entré en Mutualité en juin 2006, en qualité de délégué régional pour la mutuelle Intégrance, il pilote l'agence de Caen et assure le développement de la mutuelle et son accompagnement dédié auprès des personnes en situation de handicap et des plus vulnérables.

En 2011, il intègre l'Union régionale FNMF appelée Mutualité Française Normandie, d'abord en tant que responsable conventionnement & partenariats pour déployer le nouveau dispositif de conventionnement hospitalier mutualiste puis comme responsable de l'administration générale & du développement jusqu'à son arrivée à la MCN.

De formation assurantielle et commerciale, il est titulaire d'un MBA Administration des entreprises obtenu à l'IAE de Caen. Ce Vernolien de naissance est un passionné de voile et de montagne.

« Je suis un homme de terrain. J'irais à la rencontre de chaque acteur. Je serais présent aux côtés de nos instances avec l'équipe des salariés pour accompagner nos adhérents. », nous a-t-il livré dès ses débuts.

A 39 ans, ce père de deux enfants, militant engagé dans la vie comme en Mutualité, entend tout mettre en œuvre pour contribuer au développement de la mutuelle et préserver les intérêts de tous ses adhérents.

## Sommaire

Editorial p. 3

### Focus

LFSS 2018 & impacts p. 4

Nos statuts p. I à VII

Règlement intérieur p. VIII

Règlement mutualiste p. IX à XV

### Le contrat responsable

Le contrat responsable et solidaire p. 5 et 6

### Commission financière

Les finances de votre mutuelle p. 7

### Les services de la MCN

Au plus proche de vous p. 8

### Organisation de la MCN

Gouvernance de la MCN p. 9

### Développement

Parrainage p. 10



Création et réalisation  
DAUPHIN Com. Imprim' - Tél. 02 31 23 60 70  
Janvier 2018

## Éditorial

L'an passé, je vous annonçais la création d'un groupe de travail composé de douze personnes ayant pour objectif de réfléchir à l'avenir de la mutuelle.

Les travaux de ce groupe ont débuté en janvier 2017 et se sont poursuivis tout au long de l'année jusqu'à fin octobre 2017. La mutuelle souhaitant conserver son indépendance mais n'ayant pas les moyens de pouvoir disposer de services techniques nécessaires à son développement, le groupe de travail a de suite, proposé au conseil d'administration de la mutuelle, de s'orienter vers l'adhésion à une UGM (Union de Groupe Mutualiste). Le conseil d'administration l'ayant accepté et après lancement d'un appel d'offre, le groupe de travail a reçu en audition, cinq structures UGM capables de fournir à la mutuelle tous les services dont elle a besoin, puis a réalisé un tableau comparatif des différentes structures et émis un avis motivé.

Ces propositions ont été examinées par le conseil d'administration, qui a eu pour tâche d'effectuer une présélection de structures qui correspondent le mieux à notre mutuelle. Le choix final sera fait par les délégués de la mutuelle au cours d'une assemblée générale ayant lieu au cours du premier trimestre 2018 mais, en amont, sera organisée une réunion de délégués où le dossier complet sera expliqué et vu en détail.

2018 sera également la sixième année consécutive où les cotisations de la mutuelle n'augmenteront pas alors que, dans le même temps, les prestations en « optique » seront revalorisées d'environ 10% pour les contrats « tranquille » et « confort ». Si cela peut paraître un peu vantard, n'ayons pas peur de le souligner car, ce n'est tout de même pas chose courante au sein des autres mutuelles qui nous entourent où certaines augmentations de cotisations avoisineront les 4%. Et pourtant, cette année à venir sera encore une année où les mutuelles seront fortement mises à contribution. Nous aurons à subir, en année pleine cette fois, les augmentations des différentes consultations des médecins et surtout, le dernier cadeau du gouvernement, la revalorisation du forfait hospitalier qui passe de 18 à 20 euros à compter de premier janvier.

Dans ce guide, vous allez découvrir un nouveau visage, il s'agit de notre nouveau Directeur, Guillaume LORIN. Il remplace, dans les mêmes fonctions, Daniel GUIRAUD, Directeur de la mutuelle depuis plus de 10 ans et qui a fait valoir ses droits à la retraite.

Je tenais à lui souhaiter personnellement, une longue et heureuse retraite.

Le Président  
Dominique SUZANNE



## LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE 2018

TEXTE OU PHOTO  
À AJOUTER

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 contient un plan d'économies de 4,165 Mds € pour l'assurance maladie obligatoire afin de contenir le rythme de croissance des dépenses dans le champ de l'ONDAM à + 2,3% en 2018. Le déficit de la Sécurité Sociale se réduirait ainsi de près de 3 milliards d'euros par rapport à la prévision 2017.

### Des mesures impactant les mutuelles

#### Augmentation de 2 euros du forfait hospitalier

Pris en charge intégralement par votre mutuelle dans le cadre du contrat responsable, il passe de 18 à 20€/ Jour pour le MCO/SSR<sup>1</sup>. Le forfait psychiatrie passe lui de 13,5€ à 15€.

#### « Taxe » médecin traitant reconduite pour un an et augmentée

Par cette augmentation, la contribution des OCAM<sup>2</sup> au financement du forfait patientèle médecin traitant augmente de 100 millions d'euros en 2018.

#### Suppression du tiers payant généralisé

L'amendement 1223 du gouvernement visant à supprimer l'obligation de généralisation du tiers payant à l'ensemble de la population, pour aller vers un objectif de tiers payant généralisable, c'est-à-dire mis en œuvre progressivement tant sur la part obligatoire que complémentaire, a été adopté.

Une concertation, avec l'assurance maladie obligatoire, complémentaire, les représentants des professionnels de santé, des assurés et des éditeurs de logiciels sera menée au cours des prochains mois afin de définir un calendrier précis de mise en œuvre opérationnelle et technique du tiers payant intégral. Cette concertation

devra permettre aussi d'identifier les publics prioritaires pour lesquels un accès effectif au tiers payant devrait être garanti au-delà des patients prioritaires qui sont déjà obligatoirement couverts par le tiers payant. Un rapport tirant les conclusions de cette concertation sera remis au Parlement avant le 31 mars 2018.

La pratique du tiers payant aux bénéficiaires de la CMU-c<sup>3</sup> et de l'ACS, aux personnes atteintes d'une ALD, ainsi qu'aux personnes prises en charge au titre du régime des accidents du travail et maladies professionnelles et au titre de l'assurance maternité, demeure obligatoire.

### Des mesures de transformation et d'accompagnement de notre système de santé

- Un cadre d'expérimentation proposé pour construire de véritables parcours de santé
- La pérennisation de la télémédecine
- 11 vaccins (contre 3 actuellement) obligatoires

#### Pour les enfants qui naîtront à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

- Prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des frais liés à une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus pour les assurées âgées de 25 ans

<sup>1</sup> MCO-SSR : Médecine-Chirurgie-Obstétrique et Soins de Suite et de Réadaptation

<sup>2</sup> Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie

<sup>3</sup> CMU-c : la couverture maladie universelle complémentaire

### A souligner également : Hausse des tarifs de consultation

La convention médicale signée en 2016 prévoyait des mesures de revalorisation de tarifs de consultation des médecins.

Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017, la consultation de base chez le généraliste est passée de 23€ à 25€.

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017, les tarifs de consultations médicales dites « complexes » et « très complexes » sont fixés respectivement à 46 et 60€

## MUTUELLE DES CHEMINOTS DE NORMANDIE

Relevant du livre II et inscrite au registre national des mutuelles sous le n° 337 643 431

# STATUTS RÈGLEMENT INTÉRIEUR RÈGLEMENT MUTUALISTE

Adoptés par l'Assemblée Générale du 16 juin 2017

Applicables du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2018

# STATUTS

## TITRE I

### FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

#### CHAPITRE I

##### Formation et objet de la mutuelle

###### Article 1. Dénomination du siège

Une mutuelle appelée Mutuelle des Cheminots de Normandie est établie à : 39 rue du 11 Novembre 14000 Caen, Tél. 02 31 35 67 00.

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

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

###### Article 2. Objet

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

- couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie de la branche 1 et 2, sous - branche b, prestations indemnitaires ;
- se substituer à leurs demandes à d'autres mutuelles, conformément à l'article L. 211-5 du Code de la mutualité ;
- assurer à titre accessoire la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ;
- passer les conventions nécessaires pour l'accès des membres participants aux réalisations sanitaires et sociales gérées par tout groupement mutualiste ;
- réassurer à la demande de mutuelles, les engagements qu'elles ont contractés auprès de leurs membres ;
- mettre en œuvre des actions sociales de prévention, d'aides diverses, de secours, dans les limites prévues au Livre III de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité et des limites financières prévues par décret ;
- faire bénéficier les membres participants et leurs ayants droit des services et prestations créées par les fédérations et unions auxquelles la mutuelle adhère.
- La mutuelle fait bénéficier ses membres, de garanties couvrant les frais d'obsèques dans le cadre d'un contrat collectif souscrit auprès d'un organisme agréé.
- La mutuelle exerce l'intermédiation en assurance pour la couverture des garanties liées à la personne en application de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article L111-1 du code de la mutualité.

###### Article 3. Règlement intérieur

Un règlement intérieur établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale, détermine les conditions d'application des présents statuts. Tous les membres participants s'engagent à le respecter ainsi que les statuts et le règlement mutualiste.

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

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

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

## CHAPITRE II

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

#### Section 1. Conditions d'adhésion

###### Article 5. Composition

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

###### Article 6. Membres honoraires

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

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

###### Article 7. Membres participants

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

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

###### Article 8. Adhérents

###### a) Adhérents individuels :

Acquièrent la qualité d'adhérents à la mu-

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

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

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

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

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

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

###### Article 9. Ayants droit

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

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

ou à la recherche d'un emploi et ne percevant pas d'indemnités supérieures à 55% du SMIC.

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

###### Article 10. Développement

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

### Section 2. Démission, radiation, exclusion

###### Article 11. Versement des prestations

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

###### Article 12. Démission (résiliation)

###### a) Contrats adhérents individuels :

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

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

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

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

###### Article 13. Radiation

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

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

Il peut toutefois être sursis par le conseil à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des

circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

###### Article 14. Exclusion

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

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

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

###### Article 15. Remboursement

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

## TITRE II

### Administration de la mutuelle

#### CHAPITRE I

##### Assemblée générale

###### Section 1. Composition, élections

###### Article 16. Sections locales de vote

Il est créé, au sein de la mutuelle, quatre sections locales de vote. Tous les membres participants (et honoraires) sont répartis en section de vote. L'étendue et la composition des sections sont fixées par le conseil d'administration (voir article 1 du règlement intérieur).

Les membres participants des contrats collectifs sont répartis dans les sections locales de vote.

**Article 17. Composition de l'assemblée générale**  
L'assemblée générale est composée des délégués titulaires élus au suffrage direct pour une durée de trois ans (voir article 7 du règlement intérieur pour les modalités de vote).

###### Article 18. Élection des délégués titulaires et suppléants (article 7 du règlement intérieur)

Les membres participants (et honoraires), des sections locales de vote, élisent parmi eux les délégués composant l'assemblée générale de la mutuelle. Les délégués titulaires et suppléants sont élus pour trois ans.

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

La perte de qualité de membre entraîne celle de délégué.

###### Article 19. Mode d'élection

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

###### Article 20. Représentation des membres participants

Un délégué titulaire est élu par fraction de cent membres participants de sa section locale de vote.

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

###### Article 21. Empêchement des délégués

Les délégués empêchés de participer à l'Assemblée Générale peuvent voter par procuration. Un formulaire de vote par procuration accompagné du texte des délibérations et de l'exposé des modifications sera adressé à tout délégué. Les délégués qui votent par procuration doivent signer la procuration et indiquer leurs nom, prénom usuel et domicile de leur mandataire. Le ou la mandataire doit être membre de l'Assemblée Générale de la mutuelle et ne doit pas être administrateur. Le mandat donné pour une assemblée, vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

###### Article 22. Mandat de délégué vacant

En cas de vacance en cours de mandat d'un délégué de section, par suite de décès, démission, le délégué titulaire est remplacé par un délégué suppléant de sa section de vote qui achève le mandat de son prédécesseur.

En l'absence de délégué suppléant dans la section de vote, il est procédé, avant la prochaine assemblée générale si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

###### Section 2. Réunion de l'assemblée générale

###### Article 23. Convocation

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

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

###### Article 24. Possibilité de convocation

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil d'administration ;
- les commissaires aux comptes ;

- la commission de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un ou de plusieurs membres participants ;
- un administrateur provisoire nommé par la commission de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité ;
- les liquidateurs.

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

#### Article 25. Délai

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

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

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

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

#### Article 26. Quorum

a) Lorsque l'assemblée se prononce sur :

- la modification des statuts ;
  - les activités exercées ;
  - le montant des droits d'adhésion ;
  - les montants ou taux de cotisations ;
  - la délégation prévue à l'article 29 (L. 114-11 du Code de la mutualité) ;
  - les prestations offertes ;
  - le transfert de portefeuille ;
  - les principes directeurs en matière d'assurance et le choix d'un réassureur non régi par le Code de la mutualité ;
  - la fusion de la mutuelle avec un autre groupement mutualiste ;
  - la scission ;
  - la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union ;
  - l'attribution de l'indemnité prévue au deuxième alinéa de l'article L. 114-26 du Code de la mutualité ;
  - les emprunts contractés par la mutuelle dans les conditions fixées pour l'application de l'article L. 114-44 du Code de la mutualité ;
- elle ne peut délibérer valablement que si le nombre de ses délégués titulaires présents ou votants, est au moins égal à la moitié du total des délégués titulaires.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Celle-ci ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués titulaires

présents ou votants, dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, représente au moins le quart du total des membres. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués titulaires présents ou des suffrages exprimés.

b) Pour toutes les autres délibérations que celles visées ci-dessus, les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués titulaires ou des suffrages exprimés. L'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués titulaires présents ou votants, est au moins égal au quart du total des délégués titulaires.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée peut être convoquée. Celle-ci délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués titulaires présents ou votants.

#### Article 27. Résolutions des délégués

Les délégués composant l'assemblée générale peuvent, dans les conditions de quorum fixées à l'article 26, requérir l'inscription à l'ordre du jour, de projets de résolution. Ceux-ci doivent être adressés par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au président du conseil d'administration de la mutuelle, cinq jours au moins avant la date de réunion de l'assemblée générale. Ces projets de résolution sont inscrits à l'ordre du jour et soumis au vote de l'assemblée.

#### Section 3. Attribution de l'assemblée générale

#### Article 28. Votes, délibérations

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

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

qui s'y rattachent ;

- le cas échéant les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- le cas échéant, le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées mentionnées à L. 114-34 du Code de la mutualité ;
- le cas échéant, le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre la mutuelle et un organisme relevant du Livre III du Code de la mutualité auquel est joint le rapport prévu à l'article L. 114-39 du même Code ;
- toutes questions relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et règlements en vigueur ;
- les questions qui lui sont soumises par le conseil d'administration.

L'assemblée générale décide de :

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

#### Article 29. Assemblée générale de dissolution

La dissolution volontaire de la mutuelle ne peut être décidée que par une assemblée générale de dissolution convoquée à cet effet par un avis indiquant l'objet de la réunion. Cette assemblée doit réunir la majorité des délégués et le vote être acquis à la majorité des deux tiers des membres présents.

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

#### Article 30. Délégation de pouvoir

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

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

## CHAPITRE II

### Conseil d'administration

#### Section 1. Conditions de capacité, composition, élection

#### Article 31. Éligibilité

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

Pour être éligibles au conseil d'administration, les membres doivent être âgés de dix-huit ans accomplis, n'avoir encouru aucune

des condamnations prévues aux articles L. 5, L. 6, L. 7 du Code électoral dans les délais déterminés par ces articles, ne pas avoir fait l'objet, dans les dix années précédentes, d'une condamnation prononcée en application des dispositions du Code de la mutualité, ni d'une condamnation à peine contraventionnelle prononcée en application des dispositions du Code de la Sécurité sociale (article L. 125-3, 1<sup>er</sup> alinéa du Code de la mutualité).

Le Conseil d'administration est composé au minimum de deux tiers d'administrateurs âgés de moins de soixante dix ans (voir article 11 du règlement intérieur).

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

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

#### Article 32. Composition

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

Le nombre d'administrateurs, fixé par délibération de l'assemblée générale, ne peut être inférieur à 10 membres pour l'exercice en cours (voir article 8 du règlement intérieur).

Les membres du conseil sont élus à bulletins secrets par l'assemblée générale pour trois ans de la manière suivante :

- nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a réuni la majorité relative.
- dans le cas où les candidats obtiendraient un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

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

Cinq administrateurs suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions. Ils siègent au conseil mais ne participent aux votes que dans la mesure où un poste d'administrateurs est vacant. L'ordre des administrateurs suppléants est déterminé par leur ancienneté

dans la fonction et dans la mutuelle. C'est le numéro de mutualiste qui fixera cette qualité. Les administrateurs cessent leur fonction lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions fixées aux présents statuts, lorsqu'ils présentent leur démission ou sont révoqués.

#### Article 33. Renouvellement

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

#### Article 34. Détermination du tiers sortant

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

#### Article 35. Cooptation

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

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

### Section 2. Réunions

#### Article 36. Convocation

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

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

#### Article 37. Représentation du comité d'établissement régional SNCF

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

#### Article 38. Procès-verbal

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

#### Article 39. Démission d'office

Les membres du conseil d'administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année. Cette décision est ratifiée par la plus prochaine assemblée générale.

### Section 3. Attributions du conseil d'administration

#### Article 40. Pouvoir du conseil d'administration

Le conseil, dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assem-

blée générale par le code de la mutualité et les présents statuts.

#### Article 41. Délibération

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

#### Article 42. Délégation à des élus

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

#### Article 43. Délégation à des employés

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

### Section 4. Obligations des administrateurs

#### Article 44. Gratuité du mandat d'élu

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

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

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

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

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

#### Article 45. Frais liés à l'exercice

La mutuelle rembourse sur justificatif aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour et les pertes de rémunération liées à l'exercice de leurs fonctions dans les conditions fixées au règlement intérieur (article 5).

## CHAPITRE III

### Président et bureau

#### Section 1. Election, composition, réunions

##### Article 46. Election

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

##### Article 47. Composition

Le bureau est composé de la façon suivante :

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

##### Article 48 Réunion

Le bureau se réunit selon le planning établi annuellement.

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

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

#### Section 2. Attributions des membres du bureau

##### Article 49. Président

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

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

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

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

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

Il engage les dépenses.

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

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

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

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

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

##### Article 50. Vice(s)-président(s)

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

##### Article 51. Secrétaire général

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

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

##### Article 52. Trésorier

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

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

Il fait procéder selon les directives du conseil d'administration, à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et les valeurs.

Il prépare et soumet au conseil d'administration :

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

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

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

## CHAPITRE IV

### Organisation des sections de la mutuelle

#### Section 1. Sections locales administratives déclarées

##### Article 53. Section locale administrative

Il peut être créé, au sein de la mutuelle, des sections départementales ou locales fonctionnant selon les dispositions prévues dans les règlements de ces sections soumis à l'approbation de l'autorité de tutelle dont elles dépendent (voir article 2 du règlement intérieur).

Les sections peuvent être structurées administrativement.

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

##### Article 54. Administration des sections locales administratives

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

## CHAPITRE V

### Organisation financière

#### Section 1. Recettes et dépenses

##### Article 55. Recettes

Les recettes de la mutuelle comprennent :

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

##### Article 56. Dépenses

Les dépenses de la mutuelle comprennent :

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

##### Article 57. Engagement des dépenses

Les dépenses de la mutuelle sont engagées par le président et sont payées par le trésorier ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 49 et 52 des présents statuts.

Le responsable de la mise en paiement s'assure préalablement de la régularité des

opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la mutuelle.

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

##### Article 58. Placement

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

##### Article 59. Fonds d'établissement

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

Le fonds d'établissement est de 228 600 € au moins (art R 212.1 du code de la mutualité). Ce fonds est déposé, en espèces, pour le compte de la mutuelle, dans un établissement de crédit.

Ces apports sont constatés par un certificat du dépositaire établi par l'établissement de crédit auprès duquel ils ont été déposés.

##### Article 60. Marge de solvabilité

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

Le montant de la marge de solvabilité est déterminé soit par rapport au montant annuel des cotisations, soit par rapport à la charge moyenne annuelle des prestations.

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

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

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

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

- le fonds d'établissement constitué à l'article 59 ;

- les réserves réglementaires et libres ;
- les dons et legs ;
- les excédents reportés.

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

##### Article 61. Fonds de garantie

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

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

##### Article 62. Système fédéral de garantie

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

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

##### Article 63. Contrôle interne (voir article 3 du Règlement Intérieur)

Le contrôle interne est assuré par des membres participants et salariés de la mutuelle.

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

##### Article 64. Commissaires aux comptes

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

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

Ils certifient, le cas échéant, les comptes consolidés.

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

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

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

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

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

##### Article 65. Comité d'Audit (Voir article 4 du règlement intérieur)

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

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

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

## TITRE III

### Dissolution volontaire

##### Article 66 Conditions

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 29 des statuts. L'assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les administrateurs.

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

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 28 des statuts à d'autres organismes mutualistes, l'UMC-PG, la FMF ou au fonds national de solidarité et d'actions mutualistes ou au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

# RÈGLEMENT INTÉRIEUR

## CHAPITRE I

### Application des statuts

#### Préambule : (article 3 de nos statuts)

La Mutuelle des Cheminots de Normandie est établie 39 rue du 11 Novembre, 14000 Caen, Tél. 02 31 35 67 00.

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

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

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

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

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

#### Article 1. Sections locales de vote

Les sections locales de vote sont les suivantes :

- Seine-Maritime/Eure
- Calvados/Orne/Manche
- Autres départements.
- Contrats collectifs. Ce dispositif s'appliquera lors des prochaines élections de délégués.

Le rattachement se fait selon le domicile. Des dérogations peuvent être accordées par le conseil dans des cas motivés.

#### Article 2. Sections départementales

Le bureau des sections départementales administratives est élu par l'assemblée annuelle convoquée avant l'assemblée générale de la mutuelle, dans les mêmes formes que le bureau du conseil d'administration. Chaque section départementale détermine elle-même ses modalités de fonctionnement. Elles disposent de tous les pouvoirs qui ne sont pas réservés à l'assemblée générale, au conseil d'administration ou au bureau de la mutuelle.

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

#### Article 3. Contrôle interne (article 63 des statuts)

Il est composé de deux à quatre membres. Le Directeur est chargé de l'organisation des réunions et du fonctionnement.

#### Article 4. Comité d'audit (article 65 des statuts)

Il est composé de deux à cinq membres. Il peut comprendre une personne extérieure à la mutuelle.

#### Article 5. Frais liés à l'exercice d'un mandat

Les frais engagés sont remboursés sur présentation de justificatifs.

- Indemnités km = 0.46 €
- Restauration : 25 €/pers
- Hébergement hors région parisienne au tarif en vigueur des contrats conventionnés SNCF
- Hébergement en région parisienne sur la base de 86 €/pers (petit déjeuner compris)

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

En application de l'article L114-26 du Code de la Mutualité, dans la limite fixée par décret et sur décision de l'assemblée générale, une indemnité forfaitaire de 15 euros par jour ouvrable ou sur présentation d'un justificatif de perte de salaire, est versée à chacun des administrateurs, qui pour assurer leur fonction subissent des pertes de salaire.

#### Article 6. Membres honoraires (article 6 des statuts)

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

#### Article 7. Modalités du déroulement des élections des délégués composant l'Assemblée Générale (article 17, 18 et 19 des statuts)

Le nombre des délégués est déterminé dans l'art 20 des statuts. Les délégués suppléants sont élus à la majorité relative parmi les candidats n'ayant pas été élus titulaires, le nombre de suppléants ne pouvant pas être supérieur au nombre de titulaires.

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

- 1<sup>er</sup> en fonction du nombre de voix obtenues,
  - 2<sup>ème</sup> en cas d'égalité de voix en fonction de l'âge, au bénéficiaire du plus jeune.
- Au plus tard deux mois avant l'Assemblée Générale (date fixée par le conseil d'administration), le vote des délégués sera organisé par le conseil d'administration de la mutuelle.

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

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

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

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

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

#### Article 8. Nombre d'administrateurs (article 32 des statuts)

Le nombre d'administrateurs fixé par l'assemblée générale 2017 pour l'exercice 2017/2018, est fixé à vingt et un membres.

#### Article 9. Modalités de changement de contrat

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

Les mutations des contrats C1 et C2 vers les contrats Basic, Tranquille et Confort peuvent s'effectuer en cours d'exercice au 1<sup>er</sup> jour de chaque trimestre faisant suite à la réception de la demande écrite.

#### Article 10. Montant des cotisations aux organismes extérieurs (article 30 du règlement mutualiste)

Cotisations annuelles, statutaires et de services, versées aux structures « le montant de ces cotisations est celui connu le jour de l'Assemblée Générale »				
	STATUTAIRES	PRESTATIONS	PRESTATIONS	DÈCÈS
FMF	3.70€ (2)			
CNP				6.50€ (1)
FNMF	4.48€ (2)			
M. Assistance		4,40€ (2)		
VIVA			4.50€ (2)	

(1) par personne protégée - (2) par adhérent

#### Article 11. Limite d'âge des administrateurs (article 31 des statuts)

Si le dépassement du quota d'administrateurs ayant atteint la limite d'âge a pour origine l'élection d'un nouvel administrateur, cet administrateur doit être considéré comme démissionnaire d'office. Dans les autres cas, le dépassement de la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé.

Article 12. Le délégué titulaire empêché de participer à l'Assemblée Générale, peut donner mandat à un autre délégué non administrateur. Le délégué titulaire non administrateur ne peut recevoir qu'une seule procuration.

Le mandant doit transmettre sa procuration à son mandataire.

# RÈGLEMENT MUTUALISTE

## Préambule

La Mutuelle des Cheminots de Normandie est établie 39 rue du 11 Novembre 14000 Caen, Tél. 02 31 35 67 00.

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

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

### a) Principes mutualistes

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

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

• Les seuls critères admis de modulation éventuelle des cotisations sont ; l'âge, le nombre d'ayants droit, le régime de Sécurité sociale, la date d'adhésion (favoriser l'ancienneté).

• Les critères admis pour les prestations sont : la composition familiale, le montant des cotisations.

### b) Protection de l'adhérent

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

## TITRE I

### Application des statuts

## CHAPITRE I

### Généralités

#### Article 1. Membres participants

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

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

#### Article 2. Engagements

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

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

#### Article 3. Formalité d'adhésion

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

La mutuelle remettra au futur membre participant sept jours avant la signature du contrat :

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

#### Article 4. Durée du contrat. Mutation de contrats

Le contrat mutualiste court la première année de la date d'adhésion au 31 décembre et par reconduction annuelle avec possibilité de dénonciation au 31 décembre (voir article 9 du règlement intérieur).

#### Article 5. Résiliation du contrat

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

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

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

#### Article 6. Conditions de résiliation

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

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

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

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

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

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

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

#### Article 7. Radiation, exclusion (voir article 13 et 14 des statuts)

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

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

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

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

#### Article 8. Modifications statutaires et réglementaires

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

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

#### Article 9. Prescription

Les contestations relatives aux opérations d'assurances doivent être effectuées dans le délai maximal de deux ans à partir de l'événement qui y donne naissance, article L. 221-11 du Code de la mutualité.

## TITRE II

### Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

#### CHAPITRE I

##### Catégories de bénéficiaires

#### Article 10. Catégories des contrats

Les membres participants se répartissent en plusieurs catégories :

##### 1) Catégories des contrats 1 et 2 :

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

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

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

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

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

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

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

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

Veuve avec pension de réversion relevant de la Caisse de prévoyance. Couple de cheminots actifs sans ayant droit (libre choix exclu).

Retraité sans ayant droit relevant de la Caisse de prévoyance.

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

Couple de cheminots actifs avec ayants droit libre choix exclu.

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

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

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

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

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

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

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

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

**H :** Membre seul couvert par la Sécurité sociale.

Enfant de cheminot couvert par la Sécurité sociale.

Enfant d'agent EDF couvert par la Sécurité sociale.

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

##### 2) Catégories des contrats Basic, Tranquille et Confort :

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

BB/BT/BC : Cheminot retraité

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

DB/DT/DC : Conjoint affilié Caisse de Prévoyance

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

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

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

GB/GT/GC : Affilié sécurité sociale

HB/HT/HC : Conjoint affilié Sécurité Sociale

IB/IT/IC : Enfant ayant droit Sécurité Sociale

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

##### 3) Particularités :

CMU : Bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle

##### 4) Contrat collectif :

La définition des catégories pour les adhérents aux contrats collectifs résulte du contrat écrit et souscrit entre l'employeur ou la personne morale et la mutuelle.

## CHAPITRE II

### Obligations des adhérents et des membres participants envers la mutuelle

#### Section 1. Droit d'admission

##### Article 11. Frais de dossier

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

##### Article 12. Ouverture des droits

Stage :

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

Suppression de stage :

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

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

#### Section 2. Cotisations

##### Article 13. Règlement de la cotisation

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

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

A la prise en charge d'action de prévention, au règlement des publications mutualistes permettant l'information des membres participants La cotisation s'effectue comme suit :

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

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

##### Article 14. Obligation

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

##### Article 15. Utilisation du libre choix

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

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

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

Pour les cas particuliers non repris, c'est le conseil d'administration qui décide ou refuse les conditions d'adhésion. En cas de besoin, les cas nouveaux sont soumis à la plus prochaine assemblée générale ainsi que les changements à l'intérieur des catégories qui seraient décidés par le conseil.

##### Particularité aux contrats 1 et 2 :

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

##### Article 16. Paiement des prestations

D'une manière générale, le mutualiste doit s'efforcer de ne pas faire supporter par la mutuelle des dépenses qui normalement incombent à un régime général (Caisse de prévoyance ou Sécurité sociale) ou à tout autre organisme (service médical, assurances, etc.).

Les remboursements sont effectués au guichet de la mutuelle ou par correspondance (dans ce cas, le mutualiste doit indiquer son numéro d'adhérent) sur présentation des originaux justifiant les dépenses engagées. Le remboursement s'effectue par virement ou sur demande par chèque ou en espèces à la mutuelle.

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

##### Article 17. Modification des cotisations et des prestations

S'il s'avérait, en cours d'exercice, que la cotisation n'était pas suffisante pour assurer l'équilibre des opérations, l'assemblée générale ou le conseil d'administration pourrait décider de procéder à un rappel de cotisations pour l'exercice en cours. Toutefois, ce rappel de cotisations ne pourra avoir pour effet de porter la cotisation à un montant supérieur à 1.5 fois de celle existante. L'assemblée générale ou le conseil d'administration pourrait également décider de procéder à des réductions maximales de prestations de 10% (réduction de prestations qui s'appliqueraient aux prestations dont la date de prescription serait postérieure à la décision).

##### Article 18. Utilisation du tiers payant

Application des conventions signées.

Le mutualiste doit respecter les règles suivantes :

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

## CHAPITRE III

### Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

#### Section 1. Prestations accordées par la mutuelle

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

##### Article 19. Prestations maladie

###### • Parcours de soins

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

###### • Hors parcours de soins

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

###### • Aide et prestations

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

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

Et à 150 € pour les contrats Tranquille et Confort.

##### - Prestations d'obsèques

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

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

##### - Montant des prestations.

Le montant des prestations est mentionné au Titre III de ce règlement Pour les ayants droit qui dépendent d'un régime dont les remboursements sont inférieurs à ceux de la Caisse de prévoyance ou de la Sécurité sociale, la mutuelle ne rembourse que la part qui serait due si cet ayant droit était couvert par la Sécurité sociale.

##### - Interventions chirurgicales.

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

##### - Hospitalisations médicales.

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

##### - Optique :

Ensemble des contrats

Le remboursement est limité à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de deux ans (à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique), sauf en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge est annuelle (nouvelle prescription médicale à fournir).

Pour les mineurs de -18ans, la prise en charge est limitée à un équipement par an (à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique).

En cas d'achat partiel, c'est à compter de l'acquisition du premier élément de l'équipement que les délais prennent origine.

Le remboursement des verres varie selon la distinction suivante (codage Assurance Maladie) :

- **Verres simples** : verres avec sphère comprise entre -6.00 et +6.00 et cylindre < ou = +4.00,
- **Verres complexes** : verres simples avec sphère hors zone -6.00 à +6.00 ou cylindre > +4.00 ou verres sphériques avec sphère comprise entre -4.00 et +4.00 ou verres sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8.00 et +8.00,
- **Verres très complexes** : verres sphériques avec sphère hors zone -4.00 à +4.00 ou verres sphéro-cylindriques avec sphère hors zone -8.00 à +8.00.

##### Article 20. Prescription

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

##### Article 21. Limite de remboursement

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

#### Section 2. Subrogation

##### Article 22. Subrogation

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

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

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

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle se réserve le droit de ne pas régler certaines dépenses qui manifestement incombent aux assurances.

#### Article 23. Délégation

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

#### Article 24. Divers

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

## CHAPITRE IV

### Information des adhérents

#### Article 25. Information des adhérents

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

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

#### Article 26. Aides exceptionnelles

**a) Secours :** La Mutuelle des Cheminots de Normandie peut accorder des secours à ses membres participants ayant des dépenses de santé exceptionnelles. Ces secours ne sont étudiés et consentis par le bureau qu'après avoir fait l'objet d'une demande appuyée par un service social (permanence sociale, assistante sociale ou CCAS). Le montant attribué est en règle générale de 20 % de celui consenti par les services sociaux, sans dépasser le montant des frais engagés (remboursement Caisse de prévoyance, Sécurité sociale, mutuelle, aide sociale, aide mutuelle). L'assemblée générale fixe annuellement la somme globale constituant le maximum de secours, cette somme étant divisée trimestriellement afin que la mutuelle soit en mesure de suivre l'évolution des demandes d'aides. Cette répartition trimestrielle n'est pas limitative mais sert à alerter. Le budget global figure au titre III du présent règlement mutualiste.

**b) Fond d'aide optique :** La mutuelle peut dans certains cas, à la demande de l'adhérent et sur étude de la commission sociale, apporter un complément aux prestations optiques, dans la limite des dépenses engagées.

#### Article 27. Prêts sociaux

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

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

#### Article 28. Prévention

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

## TITRE III

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

- Budget global annuel des aides : **20 000 €** (naissances : 4 000 € - Fond aide optique : 4 000 € - Secours exceptionnel : 4 000 € - Prêts sociaux : 8 000 € (montant maximum d'un prêt 800 €).

- Budget global des secours exceptionnels : budget global annuel : **3 658,78 €**.

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

- Budget global annuel des prêts sociaux : **7 622.45 €**.

- Montant maximum d'un prêt : **762,25 €**.

#### Article 30. Montant des cotisations aux organismes extérieurs (Article 10 du Règlement Intérieur)

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle ou trimestrielle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle. A cette cotisation s'ajoutent les cotisations destinées à des organismes supérieurs (unions) ou techniques (Caisse nationale de prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixées par les statuts ou règlements de ces organismes. Les cotisations aux organismes extérieurs sont déterminées en fonction du statut professionnel de l'adhérent. Tableau du montant des cotisations avec mise à jour à la date d'édition (l'approbation de ces montants n'appartenant pas à l'AG MCN)

#### Article 31. Montant des cotisations des membres participants

La cotisation mensuelle est fixée forfaitairement :

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

CONTRAT 2		
Bénéficiaires	Jusqu'à 3	Plus de 3
Catégorie A	100,60 €	112,60 €
Catégorie B	22,00 €	
Catégorie C	50,90 €	
Catégorie D	72,00 €	80,60 €
Catégorie E	89,30 €	99,50 €
Catégorie F	108,60 €	121,30 €
Catégorie G	128,50 €	
Catégorie H	71,80 €	
Catégorie I		143,10 €

#### Particularités des contrats 1 et 2 : (Ces contrats 1 et 2 ne sont plus proposés à l'adhésion depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008):

#### Minorations, majorations des cotisations

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

#### Libre Choix : Le libre choix est réservé aux cheminots actifs

#### Particularité des contrats Basic, Tranquille et Confort :

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

- **11 € aux contrats Basic et Tranquille**

- **13.20 € au contrat Confort**

La cotisation est familiale ou individuelle selon les catégories et les contrats. Pour les contrats Tranquille, Confort et Basic, la détermination du montant de la cotisation est individuelle. La cotisation

familiale est déterminée par empilement des cotisations individuelles, de chaque membre de la famille. Les ayants droit composants la famille sont tenus d'adhérer au même contrat. Pour les enfants, seuls les deux premiers sont comptés, au-delà il y a gratuité.

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

CONTRAT BASIC	
BÉNÉFICIAIRES SÉCURITÉ SOCIALE	Cotisation mensuelle au 01/01/18
ADHÉRENT - Moins de 30 ans	23,30 €
ADHÉRENT - De 30 à 34 ans	34,90 €
ADHÉRENT - A partir de 35 ans Adhésion avant 60 ans	46,50 €
ADHÉRENT - Adhésion après 60 ans	61,50 €
CONJOINT - Moins de 30 ans	20,70 €
CONJOINT - De 30 à 34 ans	31,10 €
CONJOINT - A partir de 35 ans Adhésion avant 60 ans	41,40 €
CONJOINT - Adhésion après 60 ans	55,00 €
ENFANT	12,00 €
ENFANT GRATUIT (à partir du 3 <sup>ème</sup> )	<b>GRATUIT</b>

BÉNÉFICIAIRES CAISSE DE PRÉVOYANCE	Coût Libre choix médecin	Cotisation mensuelle au 01/01/18
ADHÉRENT SANS LC Moins de 30 ans		8,80 €
ADHÉRENT SANS LC De 30 à 34 ans		13,10 €
ADHÉRENT SANS LC - A partir de 35 ans à la retraite effective		17,50 €
ADHÉRENT AVEC LC Moins de 30 ans	11,00 €	19,80 €
ADHÉRENT AVEC LC De 30 à 34 ans	11,00 €	24,10 €
ADHÉRENT AVEC LC - A partir de 35 ans à la retraite effective	11,00 €	28,50 €
ADHÉRENT RETRAITE Adhésion avant 60 ans		36,60 €
ADHÉRENT RETRAITÉ Adhésion après 60 ans		48,10 €
VEUF(VE) - ADHÉRENT AYANT-DROIT - Moins de 30 ans		18,30 €
VEUF(VE) - ADHÉRENT AYANT DROIT - De 30 à 34 ans		27,50 €
VEUF(VE) - ADHÉRENT AYANT DROIT - A partir de 35 ans Adhésion avant 60 ans		36,60 €
VEUF(VE) - ADHÉRENT AYANT DROIT - Adhésion après 60 ans		48,10 €
CONJOINT CHEMINOT SANS LC Moins de 30 ans		7,00 €
CONJOINT CHEMINOT SANS LC De 30 à 34 ans		10,50 €
CONJOINT CHEMINOT SANS LC A partir de 35 ans à la retraite effective		14,00 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC Moins de 30 ans	11,00 €	18,00 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC De 30 à 34 ans	11,00 €	21,50 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC A partir de 35 ans à la retraite effective	11,00 €	25,00 €
CONJOINT - Moins de 30 ans		15,40 €
CONJOINT - De 30 à 34 ans		23,10 €
CONJOINT - à partir de 35 ans Adhésion avant 60 ans		30,80 €
CONJOINT Adhésion après 60 ans		42,30 €
ENFANT		9,50 €
ENFANT GRATUIT (à partir du 3 <sup>ème</sup> )		<b>GRATUIT</b>
Cotisation membres honoraires		A minima 10 €

CONTRAT TRANQUILLE	
BÉNÉFICIAIRES SÉCURITÉ SOCIALE	Cotisation mensuelle au 01/01/18
ADHÉRENT - Moins de 30 ans	24,40 €
ADHÉRENT - De 30 à 34 ans	36,60 €
ADHÉRENT - A partir de 35 ans Adhésion avant 60 ans	48,90 €
ADHÉRENT - Adhésion après 60 ans	64,70 €
CONJOINT - Moins de 30 ans	21,70 €
CONJOINT - De 30 à 34 ans	32,70 €
CONJOINT - A partir de 35 ans Adhésion avant 60 ans	43,60 €
CONJOINT - Adhésion après 60 ans	57,90 €
ENFANT	12,50 €
ENFANT GRATUIT (à partir du 3 <sup>ème</sup> )	<b>GRATUIT</b>

BÉNÉFICIAIRES CAISSE DE PRÉVOYANCE	Coût Libre choix médecin	Cotisation mensuelle au 01/01/18
ADHÉRENT SANS LC Moins de 30 ans		9,50 €
ADHÉRENT SANS LC De 30 à 34 ans		14,20 €
ADHÉRENT SANS LC - A partir de 35 ans à la retraite effective		19,40 €
ADHÉRENT AVEC LC Moins de 30 ans	11,00 €	20,50 €
ADHÉRENT AVEC LC De 30 à 34 ans	11,00 €	25,20 €
ADHÉRENT AVEC LC - A partir de 35 ans à la retraite effective	11,00 €	30,40 €
ADHÉRENT RETRAITÉ Adhésion avant 60 ans		43,00 €
ADHÉRENT RETRAITÉ Adhésion après 60 ans		56,60 €
VEUF(VE) - ADHÉRENT AYANT-DROIT - Moins de 30 ans		21,50 €
VEUF(VE) - ADHÉRENT AYANT DROIT - De 30 à 34 ans		32,20 €
VEUF(VE) - ADHÉRENT AYANT DROIT - A partir de 35 ans Adhésion avant 60 ans		43,00 €
VEUF(VE) - ADHÉRENT AYANT DROIT - Adhésion après 60 ans		56,60 €
CONJOINT CHEMINOT SANS LC Moins de 30 ans		7,70 €
CONJOINT CHEMINOT SANS LC De 30 à 34 ans		11,60 €
CONJOINT CHEMINOT SANS LC A partir de 35 ans à la retraite effective		15,50 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC Moins de 30 ans	11,00 €	18,70 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC De 30 à 34 ans	11,00 €	22,60 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC A partir de 35 ans à la retraite effective	11,00 €	26,50 €
CONJOINT - Moins de 30 ans		17,90 €
CONJOINT - De 30 à 34 ans		26,90 €
CONJOINT - A partir de 35 ans Adhésion avant 60 ans		36,20 €
CONJOINT Adhésion après 60 ans		47,00 €
ENFANT		10,00 €
ENFANT GRATUIT (à partir du 3 <sup>ème</sup> )		<b>GRATUIT</b>

CONTRAT CONFORT	
BÉNÉFICIAIRES SÉCURITÉ SOCIALE	Cotisation mensuelle au 01/01/18
ADHÉRENT - Moins de 30 ans	33,80 €
ADHÉRENT - De 30 à 34 ans	50,90 €
ADHÉRENT - A partir de 35 ans Adhésion avant 60 ans	67,80 €
ADHÉRENT - Adhésion après 60 ans	89,10 €
CONJOINT - Moins de 30 ans	27,80 €
CONJOINT - De 30 à 34 ans	41,90 €
CONJOINT - A partir de 35 ans Adhésion avant 60 ans	56,00 €
CONJOINT - Adhésion après 60 ans	73,40 €
ENFANT	20,30 €
ENFANT GRATUIT (à partir du 3 <sup>ème</sup> )	<b>GRATUIT</b>

BÉNÉFICIAIRES CAISSE DE PRÉVOYANCE	Coût Libre choix médecin	Cotisation mensuelle au 01/01/18
ADHÉRENT SANS LC Moins de 30 ans		13,10 €
ADHÉRENT SANS LC De 30 à 34 ans		19,80 €
ADHÉRENT SANS LC - A partir de 35 ans à la retraite effective		27,20 €
ADHÉRENT AVEC LC - Moins de 30 ans	13,20 €	26,30 €
ADHÉRENT AVEC LC - De 30 à 34 ans	13,20 €	33,00 €
ADHÉRENT AVEC LC - A partir de 35 ans à la retraite effective	13,20 €	40,40 €
ADHÉRENT RETRAITE Adhésion avant 60 ans		59,40 €
ADHÉRENT RETRAITE Adhésion après 60 ans		78,00 €
VEUF(VE) - ADHÉRENT AYANT-DROIT - Moins de 30 ans		29,70 €
VEUF(VE) - ADHÉRENT AYANT DROIT - De 30 à 34 ans		44,60 €
VEUF(VE) - ADHÉRENT AYANT DROIT - A partir de 35 ans Adhésion avant 60 ans		59,40 €
VEUF(VE) - ADHÉRENT AYANT DROIT - Adhésion après 60 ans		78,00 €
CONJOINT CHEMINOT SANS LC Moins de 30 ans		11,00 €
CONJOINT CHEMINOT SANS LC De 30 à 34 ans		16,50 €
CONJOINT CHEMINOT SANS LC A partir de 35 ans à la retraite effective		22,00 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC Moins de 30 ans	13,20 €	24,20 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC De 30 à 34 ans	13,20 €	29,70 €
CONJOINT CHEMINOT AVEC LC A partir de 35 ans à la retraite effective	13,20 €	35,20 €
CONJOINT - Mins de 30 ans		24,20 €
CONJOINT - De 30 à 34 ans		36,40 €
CONJOINT - A partir de 35 ans Adhésion avant 60 ans		48,90 €
CONJOINT Adhésion après 60 ans		63,70 €
ENFANT		13,90 €
ENFANT GRATUIT (à partir du 3 <sup>ème</sup> )		<b>GRATUIT</b>

**Article 32. Prestations 2018 (autres qu'aides et secours)**

<b>PRESTATIONS 2018</b> (Contrats «responsables» en l'application de l'Article 56 de la loi de financement de la Sécurité Sociale)	<b>CONTRAT 1</b>	<b>CONTRAT 2</b>
<b>Médecine de ville (1)</b>		
Consultations Généralistes et spécialistes <b>adhérents CAS</b>	100%TM	100%TM + 25% BR
Consultations Généralistes et spécialistes <b>non adhérents CAS</b>	100%TM	100%TM + 5% BR
Actes techniques médicaux professionnel <b>adhérents CAS</b>	100%TM	100%TM + 25% BR
Actes techniques médicaux professionnel <b>non adhérents CAS</b>	100%TM	100%TM + 5% BR
Radiologie, Biologie, auxiliaires médicaux	100%TM	100%TM
Pharmacie	100%TM	100%TM
Transport médical	100%TM	100%TM
Forfait de 18€ sur acte supérieur ou égal à 120 € ou coefficient supérieur ou égal à 60	100%	100%
<b>Hospitalisation</b>		
Frais de séjour	100%TM	100%TM
Forfait de 18€ sur acte supérieur ou égal à 120 € ou coefficient supérieur ou égal à 60	100%	100%
Forfait journalier (hors établissements médico-sociaux)	illimité au tarif en vigueur	illimité au tarif en vigueur
Actes techniques médicaux professionnel <b>adhérents CAS</b>	100%TM	100%TM + 25% BR
Actes techniques médicaux professionnel <b>non adhérents CAS</b>	100%TM	100%TM + 5% BR
Chambre particulière Etablissement conventionné	20€/nuit (maximum 10 nuits par an, toutes hospitalisations confondues)	45€/nuit (maximum 30 nuits par an, toutes hospitalisations confondues)
Chambre particulière Etablissement non conventionné		
Chambre particulière en ambulatoire Etablissement conventionné		
Chambre particulière en ambulatoire Etablissement non conventionné		
Accompagnement enfant de moins de 12 ans	20€/nuit (limité à 12 nuits par an)	35€/nuit (limité à 30 nuits par an)
<b>Convalescence Psychiatrie Rééducation</b>		
Frais de séjour	100%TM	100%TM
Forfait journalier (hors Etablissements médico-sociaux)	illimité au tarif en vigueur	illimité au tarif en vigueur
Chambre particulière	20€/nuit (maximum 10 nuits par an, toutes hospitalisations confondues)	45€/nuit (maximum 30 nuits par an, toutes hospitalisations confondues)
<b>Dentaire</b>		
Consultations et soins dentaires	100%TM	100%TM
Prothèse dentaire <b>remboursée AMO</b> (limité à 1 750 €/an)	93% BR	153% BR
Orthodontie (limité à 1 750 €/an)	93% BR	153% BR
Parodontologie <b>remboursée AMO</b>	100%TM	100%TM
Parodontologie <b>non remboursée AMO</b>	Néant	Néant
Implant (limité à 1 750 €/an)	Néant	Néant
<b>Optique</b>		
<b>Moins de 18 ans (forfait annuel)</b>		
Monture	20 € TM inclus	30 € TM inclus
Verre simple	15 € TM inclus	20 € TM inclus
Verre complexe	90 € TM inclus	90 € TM inclus
Verre très complexe	90 € TM inclus	100 € TM inclus
Lentilles ( <b>acceptées AMO</b> )	100%TM	100%TM
<b>Plus de 18 ans (tous les deux ans)</b>		
Monture	30 € TM inclus	50 € TM inclus
Verre simple	30 € TM inclus	50 € TM inclus
Verre complexe	90 € TM inclus	90 € TM inclus
Verre très complexe	90 € TM inclus	100 € TM inclus
Lentilles ( <b>acceptées AMO</b> )	100%TM	75€/an + 100%TM
Lentilles ( <b>non acceptées AMO</b> )	Néant	75€/an
Kératotomie	100 €/œil	150 €/œil
<b>Appareillage et accessoires médicaux</b>		
Grand appareillage (ex. fauteuil)	100% BR	150% BR
Petit appareillage ( <b>accepté par AMO</b> )	100% BR	150% BR
Prothèse mammaire, capillaire, oculaire (par prothèse médicalement prescrite)	100% BR	150% BR
Prothèse ou implant auditif (par prothèse et par an)	100% BR	150% BR
Entretien prothèse auditive (réparation, piles)	100%TM	100%TM
Couches incontinences	100%TM	100%TM
<b>Prévention</b>		
Sevrage tabagique	50€ par an (sur prescription médicale)	
Vaccin non remboursé par <b>AMO (2)</b>	Néant	Néant
Scellement des sillons dentaires	100%TM	100%TM
Ostéodensitométrie	100%TM	100%TM
<b>Hors nomenclature</b>		
Pilules contraceptives <b>non remboursées par AMO</b> sur présentation de facture et ordonnance du médecin agréé	15 €/trimestre	15 €/trimestre
Soins paramédicaux (chiropracteur, ostéopathe...)	Néant	Néant
<b>Cure</b>		
Forfait et honoraires	100%TM	100%TM
Hébergement curiste	100%TM	100%TM + 50€/an
<b>Divers</b>		
Abonnement journal VIVA	OUI	OUI
Assistance vie quotidienne	OUI	OUI
Frais obsèques (si adhésion avant 60 ans Voir Règlement Mutualiste)	550 €	550 €

Les remboursements des dépenses de santé, part complémentaires ou forfaits et allocations sont versés dans la limite des dépenses engagées.

**TM** = Ticket Modérateur  
**BR** = Base de remboursement du régime obligatoire  
**CAS** = Contrat Accès aux Soins  
**AMO** = Assurance Maladie Obligatoire

<b>PRESTATIONS 2018</b> (Contrats «responsables» en l'application de l'Article 56 de la loi de financement de la Sécurité Sociale)	<b>BASIC</b>	<b>TRANQUILLE</b>	<b>CONFORT</b>
<b>Médecine de ville (1)</b>			
Consultations Généralistes et spécialistes <b>adhérents CAS</b>	100%TM	100%TM	100%TM + 25% BR
Consultations Généralistes et spécialistes <b>non adhérents CAS</b>	100%TM	100%TM	100%TM + 5% BR
Actes techniques médicaux professionnel <b>adhérents CAS</b>	100%TM	100%TM	100%TM + 25% BR
Actes techniques médicaux professionnel <b>non adhérents CAS</b>	100%TM	100%TM	100%TM + 5% BR
Radiologie, Biologie, auxiliaires médicaux	100%TM	100%TM	100%TM
Pharmacie	100%TM	100%TM	100%TM
Transport médical	100%TM	100%TM	100%TM
Forfait de 18€ sur acte supérieur ou égal à 120 € ou coefficient supérieur ou égal à 60	100%	100%	100%
<b>Hospitalisation</b>			
Frais de séjour	100%TM	100%TM	100%TM
Forfait de 18€ sur acte supérieur ou égal à 120 € ou coefficient supérieur ou égal à 60	100%	100%	100%
Forfait journalier (hors établissements médico-sociaux)	illimité au tarif en vigueur	illimité au tarif en vigueur	illimité au tarif en vigueur
Actes techniques médicaux professionnel <b>adhérents CAS</b>	100%TM	100%TM	100%TM + 25% BR
Actes techniques médicaux professionnel <b>non adhérents CAS</b>	100%TM	100%TM	100%TM + 5% BR
Chambre particulière Etablissement conventionné (limité à 10 nuits par hospitalisation)	25€/nuit	35€/nuit	55€/nuit
Chambre particulière Etablissement non conventionné (limité à 10 nuits par hospitalisation)	15€/nuit	25€/nuit	45€/nuit
Chambre particulière en ambulatoire Etablissement conventionné	25 €	35 €	55 €
Chambre particulière en ambulatoire Etablissement non conventionné	15 €	25 €	45 €
Accompagnement enfant moins de 15 ans (limité à 10 nuits par hospitalisation)	20€/nuit	30€/nuit	40€/nuit
<b>Convalescence Psychiatrie Rééducation</b>			
Frais de séjour	100%TM	100%TM	100%TM
Forfait journalier (hors Etablissements médico-sociaux)	illimité au tarif en vigueur	illimité au tarif en vigueur	illimité au tarif en vigueur
Chambre particulière	Néant	20€/nuit (limité à 60 nuits par an)	35€/nuit (limité à 90 nuits par an)
<b>Dentaire</b>			
Consultations et soins dentaires	100%TM	100%TM	100%TM
Prothèse dentaire <b>remboursée AMO</b> (limité à 1 750 €/an)	100%TM + 100% BR	100%TM + 150% BR	100%TM + 190% BR
Orthodontie (limité à 1 750 €/an)	100%TM + 100% BR	100%TM + 150% BR	100%TM + 190% BR
Parodontologie <b>remboursée AMO</b>	100%TM	100%TM + 75€/an	100%TM + 150€/an
Parodontologie <b>non remboursée AMO</b>	Néant	75 €/an	150 €/an
Implant (limité à 1 750 €/an)	Néant	50 €/implant	150 €/implant
<b>Optique</b>			
<b>Moins de 18 ans (forfait annuel)</b>			
Monture	20 € TM inclus	35 € TM inclus	55 € TM inclus
Verre simple	30 € TM inclus	55 € TM inclus	90 € TM inclus
Verre complexe	90 € TM inclus	100 € TM inclus	110 € TM inclus
Verre très complexe	90 € TM inclus	110 € TM inclus	130 € TM inclus
<b>Plus de 18 ans (tous les deux ans)</b>			
Monture	30 € TM inclus	55 € TM inclus	80 € TM inclus
Verre simple	30 € TM inclus	55 € TM inclus	90 € TM inclus
Verre complexe	90 € TM inclus	100 € TM inclus	110 € TM inclus
Verre très complexe	90 € TM inclus	110 € TM inclus	130 € TM inclus
<b>Lentilles</b>			
Lentilles ( <b>acceptées AMO</b> )	100%TM	80€/an + 100%TM	120 €/an + 100%TM
Lentilles ( <b>non acceptées AMO</b> )	Néant	80€/an	120 €/an
Kératotomie	100 €/œil	300 €/œil	500 €/œil
<b>Appareillage et accessoires médicaux</b>			
Grand appareillage (ex. fauteuil,...)	Sur étude de dossier avec minimum 100% de la BR		
Petit appareillage ( <b>accepté par AMO</b> )	100%TM + 45€	100%TM + 65€	100%TM + 85€
Prothèse mammaire, capillaire, oculaire (par prothèse médicalement prescrite)	100%TM + 45€	100%TM + 65€	100%TM + 85€
Prothèse ou implant auditif (par prothèse et par an)	100% BR + 100 €	100% BR + 200 €	100% BR + 400 €
Entretien prothèse auditive (réparation, piles,...)	100%TM + 20€/an	100%TM + 30€/an	100%TM + 40€/an
Couches incontinences	100%TM + 45€/an	100%TM + 65€/an	100%TM + 85€/an
<b>Prévention</b>			
Sevrage tabagique	50€ par an (sur prescription médicale)		
Vaccin non remboursé par <b>AMO (2)</b>	Néant	25€/an	35€/an
Scellement des sillons dentaires	100%TM	100%TM	100%TM
Ostéodensitométrie	100%TM	40€/an ou TM	40€/an ou TM
<b>Hors nomenclature</b>			
Pilules contraceptives <b>non remboursées par AMO</b> sur présentation de facture et ordonnance du médecin agréé	15 €/trimestre	20€/trimestre	30 €/trimestre
Soins paramédicaux (chiropracteur, ostéopathe...)	Néant	60% des dépenses dans la limite de 100€/an	60% des dépenses dans la limite de 150€/an
<b>Cure</b>			
Forfait et honoraires	100%TM	100%TM	100%TM
Hébergement curiste	100%TM	100%TM + 50€/an	100%TM + 100€/an
<b>Divers</b>			
Abonnement journal VIVA	OUI	OUI	OUI
Assistance vie quotidienne	OUI	OUI	OUI
Frais obsèques (si adhésion avant 60 ans Voir Règlement Mutualiste)	550 €	550 €	550 €

1. Hors parcours de soins, la baisse de remboursement AMO, n'est pas pris en charge par la mutuelle

2. Un changement de contrat ne modifie pas le délai de renouvellement de l'équipement optique (1 ou 2 ans)

3. Ne sont pas concernés pour la vaccination grippe : les cheminots en activités et les bénéficiaires de plus de 65 ans

**Nota** : Aucune prise en charge des participations forfaitaires et franchises.

**TM** = Ticket Modérateur

**BR** = Base de remboursement du régime obligatoire

**CAS** = Contrat Accès aux Soins

**AMO** = Assurance Maladie Obligatoire

**Article 33. Prestations et cotisations des contrats collectifs**

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



## Contrat solidaire



# LE CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE

## UN DISPOSITIF POUR UN MEILLEUR ACCES AUX SOINS

Les contrats responsables et solidaires visent à offrir une couverture santé complète et de qualité aux adhérents, tout en contribuant à la régulation des dépenses de santé. Ils ont été instaurés en 2004 puis révisés en 2015.

Les règles des contrats responsables sont définies par les pouvoirs publics. Aujourd'hui, la quasi-totalité des contrats de complémentaire santé proposés par les mutuelles, qu'ils soient souscrits à titre individuel ou collectif, sont solidaires et responsables.

## QU'EST CE QU'UN CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE ?

Un contrat est responsable lorsqu'il respecte le cahier des charges fixé par les pouvoirs publics. Il encourage également l'adhérent à adopter un comportement responsable en respectant notamment le parcours de soins coordonnés.

Un contrat est solidaire lorsqu'il n'applique pas de sélection médicale à la souscription et ne fixe pas ses tarifs en fonction de l'état de santé de ses adhérents.

Le contrat responsable et solidaire est l'un des dispositifs mis en place par les pouvoirs publics pour mieux maîtriser les dépenses de santé et favoriser l'accès aux soins :

- il garantit un bon niveau de remboursement pour les dépenses de santé les plus courantes ;
- il favorise le respect du parcours de soins ;
- il ne prend pas en charge certaines dépenses, et plus spécifiquement les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins, la participation forfaitaire de 1 €

**95%**  
DES CONTRATS PROPOSÉS PAR LES MUTUELLES  
respectent les critères du contrat responsable et solidaire

applicable aux consultations et certains examens médicaux, les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport ;

- il fixe des planchers ou des plafonds de remboursement pour certains dépassements de tarifs ou honoraires.

En cas de non-respect des règles de prise en charge du contrat responsable, les complémentaires santé sont sanctionnées fiscalement : leur taxe passe alors de 13,27 % (en cas de respect) à 20,27 %.

## DE NOUVEAUX CRITERES POUR LE CONTRAT RESPONSABLE

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, sous l'impulsion des pouvoirs publics, les contrats responsables doivent remplir de nouvelles obligations en intégrant des planchers et des plafonds de remboursement. Les planchers garantissent une couverture minimale aux adhérents et favorisent ainsi l'accès d'un plus grand nombre à des soins de qualité. Les plafonds visent à responsabiliser les adhérents dans leurs dépenses et les complémentaires santé dans

**7%**  
PÉNALITÉ FISCALE  
supportée par les contrats des complémentaires santé qui ne sont pas responsables

leurs remboursements. Ils encouragent également les professionnels de santé à modérer leurs tarifs.

### Désormais, les nouveaux contrats responsables :

- prennent en charge l'intégralité du ticket modérateur, c'est-à-dire la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part. Toutes les catégories de soins sont concernées, y compris la prévention, à l'exception des frais liés aux cures thermales, aux soins homéopathiques et aux médicaments dont le service médical rendu (SMR) a été classé faible ou modéré ;
- incluent le forfait journalier à l'hôpital sans limitation de durée, uniquement pour les établissements de santé<sup>1</sup> ;
- si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements : - pour les médecins qui n'ont pas signé l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam<sup>2</sup>), le remboursement des

dépassements d'honoraires ne peut aller au-delà de 100 % du tarif de la Sécurité sociale : une consultation dont le tarif est fixé à 23 € par la Sécurité sociale ne peut être remboursée plus de 46 € par une mutuelle responsable. Si, au contraire, l'adhérent choisit un médecin signataire de l'Optam, le dépassement d'honoraire lui sera mieux remboursé par sa complémentaire santé ;

- les contrats responsables et solidaires fixent des planchers et des plafonds de prise en charge pour un équipement optique. La prise en charge est ainsi plafonnée à 470 € pour une paire de lunettes à verres simples, à 750 € pour des verres complexes, à 850 € pour des verres très complexes. Ces plafonds comprennent le remboursement des montures, lui-même plafonné à 150 € par équipement. Le changement d'équipement est possible tous les deux ans, excepté pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue : la période est alors réduite à un an ;

- font bénéficier les adhérents du tiers payant, les dispensant ainsi d'avance de frais.

<sup>1</sup> - La prise en charge du forfait journalier hospitalier ne concerne que les établissements de santé (hôpital ou clinique, établissement psychiatrique). Sont donc exclus les établissements médico-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (Ehpad).

<sup>2</sup> - Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS est remplacé par l'Optam (option de pratique tarifaire maîtrisée). Ce dispositif, tout comme le CAS, a pour objectif d'encadrer les dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2.



Des réponses à toutes les questions de santé, qu'il s'agisse de comprendre une maladie, de trouver un centre médical spécialisé, un établissement de soins...

**3935**

Pris d'un appel local à partir d'un poste fixe

→ Donner le code de la MCN



Cet outil d'assistance permet sur un simple coup de téléphone :

- D'accéder à des conseils juridiques ou informations médicales ou sociales
- De bénéficier en cas d'hospitalisation\* d'une aide ménagère, de la garde d'animaux...

### Prestations soumises à condition

**01 49 93 72 98**

(se munir de son numéro d'adhérent)

## Les finances de votre mutuelle



En 2016, les cotisations hors taxes ses sont élevées à 3 863 488 € et les prestations payées à 2 940 659 €. Les taxes représentaient 510 423 €. Nos comptes 2016 validés à l'Assemblée Générale de juin 2017 montrent un excédent après impôts de 130 759 euros. Comme les années passées, ce montant a été affecté aux réserves financières de la MCN, sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Nos réserves financières ainsi constituées au fil des ans, permettent d'avoir un ratio de couverture satisfaisant.

Malgré les hausses tarifaires appliquées en cours d'année 2017 sur de nombreux actes comme les consultations

chez les généralistes et les spécialistes, et malgré l'amélioration des prestations en optique votée lors de l'Assemblée Générale 2017, vos délégués ont validé la proposition de notre Président de garder nos cotisations inchangées pour 2018.

C'est donc par une gestion saine et prudente que la MCN affiche des résultats positifs.

Cependant, nos cotisations ne pourront pas rester gelées encore plusieurs années. Il appartiendra à vos délégués à l'examen des résultats 2017, d'en décider souverainement lors de l'Assemblée Générale annuelle 2018.

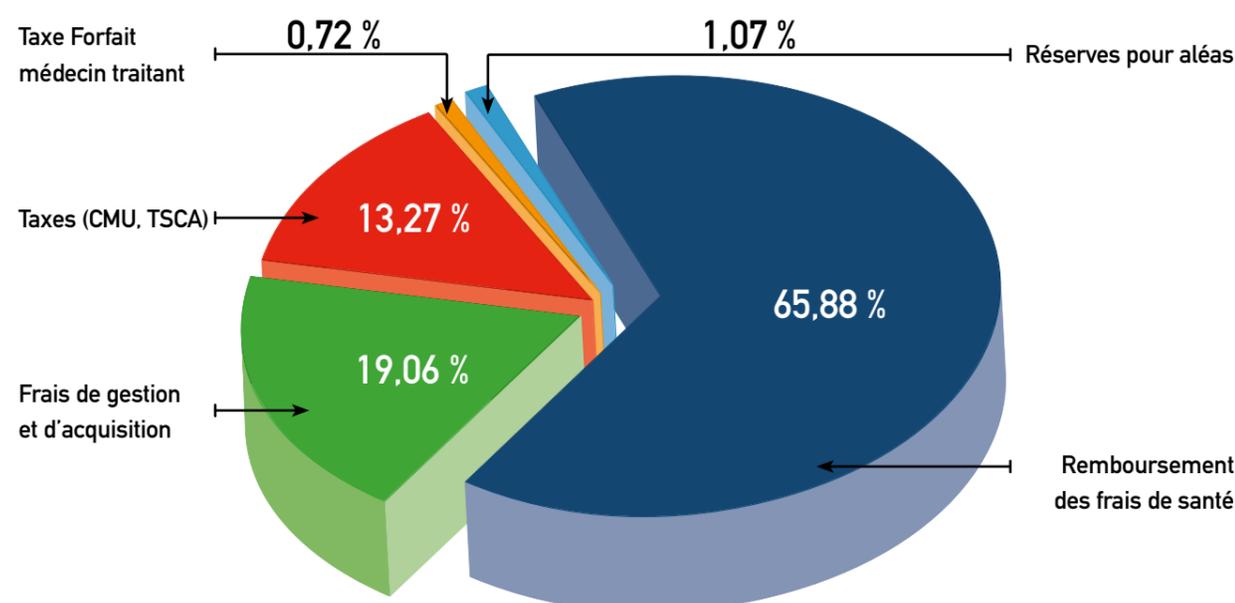
L'un des défis à relever est d'augmenter les nouvelles adhésions. Chacune et chacun est le premier ambassadeur de notre mutuelle et nous devons être fiers des valeurs de la Mutuelle des Cheminots de Normandie.

Votre mutuelle compte sur vous comme vous savez pouvoir compter sur elle.

Rémi VOUAUX  
Trésorier

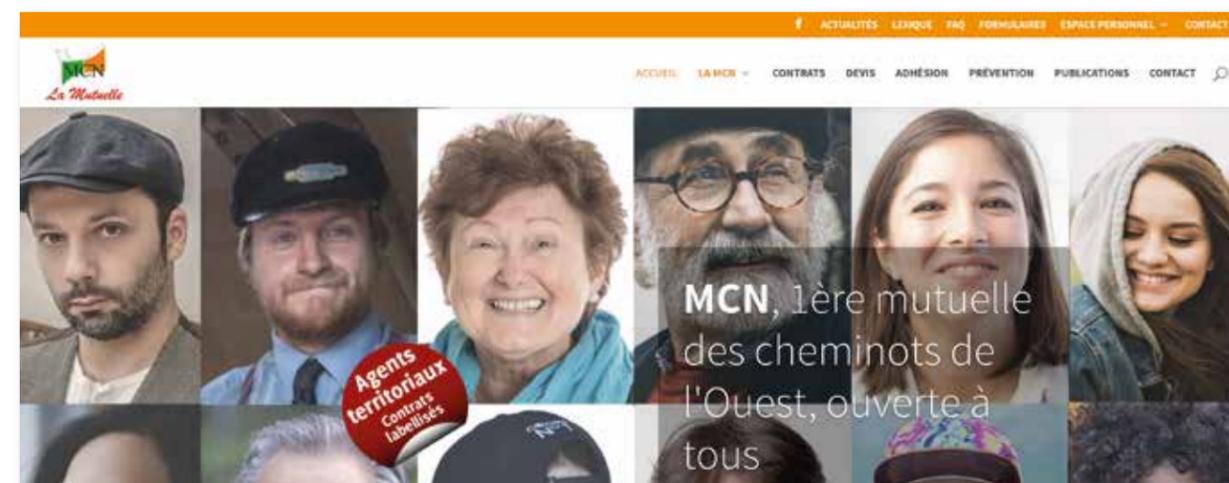
## Comment est répartie votre cotisation ?

En 2016, les frais de gestion s'élèvent à 19,06% des cotisations encaissées.



## Avec la MCN, votre santé est sur de bons rails

@ Les services Internet : toute la MCN en 1 clic !



Vous disposez d'un accès en ligne, gratuit et 24h/24, à votre espace personnel qui vous permet de consulter toutes les actualités de la Mutuelle, les partenariats, les événements...

📞 L'accueil téléphonique : une équipe à l'écoute de ses adhérents !

Des conseillers répondent à toutes vos questions :

A CAEN au 02 31 35 67 00

Du lundi au vendredi, de 9h à 12h30 et de 14h à 16h

A ROUEN au 02 35 72 87 00

Du lundi au vendredi, de 9h à 12h00 et de 13h30 à 16h

👤 Un accueil sur mesure : un conseil de proximité !

Les conseillers de la MCN sont à vos côtés pour vous renseigner et vous accompagner dans vos démarches à Caen et à Rouen.

Dans le souci constant d'être au plus près de vous, la MCN a tissé un réseau de correspondants mutualistes pour vous informer de vos droits et faciliter vos démarches avec la mutuelle.

🏥 Priorité santé mutualiste - PSM

Pour toutes vos questions de santé Des réponses d'experts

Parce qu'en matière de santé, il est essentiel d'être bien informé, la MCN vous propose le service PSM. En appelant le 3935, vous contactez une équipe de professionnels à votre écoute pour vous proposer :

- une information de qualité en matière de santé,
- des conseils pour vous aider à choisir les établissements de soins et les associations de qualité les plus adaptés à vos besoins,
- un soutien personnalisé par téléphone grâce à des rendez-vous avec des professionnels détaillés ci-dessous,
- une écoute grâce au partenaire Croix-Rouge Écoute.



# Gouvernance 2018

## CONSEIL D'ADMINISTRATION TITULAIRES

- |                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| BENARD Philippe         | HAUGUEL Jean Marie |
| BONHOMME Yves           | LAGORIO Dominique  |
| BOUDET Thierry          | LEMARCHAND Denis   |
| BOUTANT Philippe        | LETELLIER Mickaël  |
| BUNEL Emmanuel          | PESCHET Francis    |
| COSNEFROY Anick         | ROCA Michel        |
| COURTY Rudolphe         | STEFFEN Pierre     |
| CREVON Yves             | SUZANNE Dominique  |
| DESCHAMPS Cyril         | VOUAUX Rémi        |
| GAUTIER Jean Christophe | WEBRE Michaël      |
| JEANNE Dominique        |                    |

## SUPLÉANT

TEDESCO Jean Claude

## LE BUREAU

- Président**  
SUZANNE Dominique
- Vice-président**  
WEBRE Michaël
- Secrétaire Général**  
HAUGUEL Jean Marie
- Secrétaire Générale Adjointe**  
JEANNE Dominique
- Trésorier**  
VOUAUX Rémi
- Trésorier Adjoint**  
BUNEL Emmanuel
- Directeur**  
LORIN Guillaume

### L'accueil Administratif de CAEN

Mutuelle des Cheminots de Normandie  
37/39 Rue du 11 Novembre - 14000 CAEN



Téléphone :

- Prestations : 02 31 35 67 00
- Adhésions : 02 31 35 67 01
- Tiers payant : 02 31 35 67 02
- Comptabilité : 02 31 35 67 04
- Direction : 02 31 35 67 06

Fax : 02 31 35 67 07

Horaires d'ouverture : Du lundi au vendredi  
de 9h à 12h30 et de 14h à 16h

Courriel : [infos@mcnlamutuelle.fr](mailto:infos@mcnlamutuelle.fr)

Site : [www.mcnlamutuelle.fr](http://www.mcnlamutuelle.fr)

### Antenne de ROUEN

Mutuelle des Cheminots de Normandie  
24 Rue d'Amiens - 76000 ROUEN



Téléphone :

02 35 72 87 00

Fax :

02 35 72 87 00

Horaires d'ouverture :

Du lundi au vendredi  
de 9h à 12h  
et de 13h30 à 16h



# Développement

## En 2018, devenez l'ambassadeur de votre mutuelle

Vous êtes adhérent à la mutuelle MCN et nous vous en remercions.  
Faîtes bénéficier votre entourage de vos avantages, cheminot ou non cheminot,  
agent territorial, jeune, retraité...  
Qu'ils résident en Normandie ou dans d'autres régions de France,  
encouragez les à demander un devis.

**A retourner à la MCN - 37/39 rue du 11 Novembre - 14000 CAEN**



### PARRAIN

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E.mail : \_\_\_\_\_

### FILLEUL 1

#### Demande de devis

**1 mois offert\***

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Conjoint :  OUI  NON

Enfant(s) :  OUI  NON

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E.mail : \_\_\_\_\_

### FILLEUL 2

#### Demande de devis

**1 mois offert\***

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Conjoint :  OUI  NON

Enfant(s) :  OUI  NON

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E.mail : \_\_\_\_\_

\* Si moins de 65 ans

**Demander des bulletins de parrainage à votre antenne ou imprimer celui-ci.**

**Financer** nos projets  
en toute confiance,  
ça fait la différence.



IMMOBILIER | LOISIRS | PRÉPARER SA RETRAITE

**EXPERTISE** Nous **conseillons** et **accompagnons** vos projets depuis plus de 90 ans et continuons de mettre à votre profit notre expertise de financement de prêt immobilier et personnel. Nous nous **engageons** à vos côtés pour réaliser vos projets dans des conditions adaptées à vos exigences.

**ÉCOUTE** La qualité et la performance des produits et services que nous vous proposons résultent d'une écoute particulière de vos besoins. Aussi, nous mettons en place des **contrats** clairs et adaptés en gage de **confiance** et de **transparence**.

**VALEURS** Les valeurs humaines que nous partageons ensemble sont au cœur du fondement de Socrif. Ces valeurs nous les traduisons en **actions** en vous permettant de réaliser les projets clés de votre vie.

Agence de ROUEN | 177, bd de l'Yser - 76000 Rouen - Tél.: 02 32 76 99 00 - N°SNCF: 35 47 75

Offre réservée aux agents et retraités SNCF, aux fonctionnaires et aux salariés des entreprises bénéficiant d'un accord de partenariat avec le Groupe SOCRIF. Sous réserve d'acceptation de votre dossier de prêt par SOCRIF/SOHAP. Siège Social: 7, rue de la Pierre Levée 75011 PARIS. Société Anonyme à Directeur et Conseil de Surveillance au Capital de 60137 760 euros - 391 844 214 R0S Paris. Immatriculée au registre des intermédiaires en assurance l'ORIAS sous le n° 0702537. Vous disposez d'un délai de réflexion de 10 jours pour accepter l'offre de prêt. La réalisation de la vente est subordonnée à l'obtention du prêt. Si celui-ci n'est pas obtenu, le vendeur doit vous rembourser les sommes versées.

[www.socrif.fr](http://www.socrif.fr)

  
Mon partenaire financier



*La Mutuelle*

**Mutuelle des Cheminots de Normandie**

37 - 39 rue du 11 Novembre - 14000 CAEN

Tél. : 02 31 35 67 00 - Fax : 02 31 35 67 07

E-mail : [infos@mcnlamutuelle.fr](mailto:infos@mcnlamutuelle.fr) - Site internet : [www.mcnlamutuelle.fr](http://www.mcnlamutuelle.fr)

SIREN 337 643 431