



Cahier juridique

pour les individuels en complémentaire santé
applicable au 1^{er} janvier 2012

Statuts de la Mutuelle Intégrance (p.2)

Règlement intérieur (p.12)

Règlement mutualiste (p.15)

Notice d'information Intégrance Assistance (p.23)

mutuelle
intégrance

L'esprit de solidarité



Statuts de la Mutuelle Intégrance

SOMMAIRE

TITRE I^{ER} - FORMATION, OBJET ET

COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chap. 1 - Formation et objet de la Mutuelle

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

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chap. 1 - Assemblée Générale

Chap. 2 - Conseil d'Administration

Chap. 3 - Président et Bureau

Chap. 4 - Organisation des sections

Chap. 5 - Organisation financière

TITRE III - DISPOSITIONS DIVERSES

TITRE I^{ER} - FORMATION, OBJET ET

COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I^{ER} - Formation et objet de la Mutuelle

Article 1 : créée sous l'égide de l'Union nationale des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales (U.N.A.P.E.I.), une Mutuelle appelée « Intégrance » est établie à Paris 18^{ème}, 89 rue Damrémont. Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 340 359 900, elle est régie par le livre II du Code de la Mutualité.

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

Article 2 : la Mutuelle a pour objet :

- de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie afin de favoriser l'accès aux soins, prioritairement, des personnes handicapées et âgées, de leur famille et de tous ceux qui leur apportent leur concours ;
- de mener toute action de nature à permettre le développement moral, intellectuel et physique de ses membres ;
- de participer éventuellement à la protection complémentaire en matière de santé instaurée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant créa-

tion d'une couverture maladie universelle, dans les conditions prévues par ce texte ainsi que par ses dispositions d'application ;

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

La Mutuelle peut conclure, au bénéfice de ses membres, tout contrat collectif auprès d'une autre mutuelle ou union de mutuelles régie par le livre II du Code de la Mutualité, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale ou relevant de l'article L.732-1 du Code Rural ou entreprise d'assurance régie par le Code des Assurances, pour la couverture des risques ou la constitution des avantages mentionnés à l'article L.111-1 du Code de la Mutualité. Dans ce cas, bien que la Mutuelle ne soit pas l'assureur direct des risques relatifs à ces opérations, elle reste l'interlocuteur de ses adhérents.

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

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

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

La Mutuelle peut passer convention avec toute mutuelle ou union de mutuelles régie par les dispositions du Livre I ou III du Code de la Mutualité, afin de faire bénéficier ses adhérents de leurs services.

Article 3 : un règlement intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, détermine les conditions d'application des présents statuts.

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

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

Article 5 : en application des articles L.114-1 et L.221-6 du Code de la Mutualité, un règlement mutualiste (opérations individuelles) et une notice d'information (opérations collectives), adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, définissent le contenu et la durée des engagements existants entre le membre participant ou honoraire et la Mutuelle, relatifs aux prestations et aux cotisations. Le document approprié est diffusé à l'ensemble des adhérents concernés.

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

SECTION I - Conditions d'admission

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

Les membres honoraires sont des personnes physiques qui versent des cotisations (cotisation annuelle dont le montant est arrêté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration), des contributions ou font des dons à la Mutuelle sans bénéficier des prestations.

Les adhérents au contrat Épargne-Handicap, qui au moment de la souscription, versent une contribution (dont le montant est arrêté par le Conseil d'Administration), acquièrent la qualité de membre honoraire pendant toute la durée du contrat.

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

1. relever du régime général de la Sécurité sociale, du régime agricole, du régime local Alsace Moselle et des régimes spécifiques aux professions non salariées;

2. et en outre :

- soit bénéficiaire ou être susceptible de bénéficier des dispositions de la loi du 3 janvier 1968 modifiée par la loi du 5 mars 2007 et/ou de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et/ou de la loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et

médico-sociale, et/ou de la loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie du 20 juillet 2001 et/ou des dispositions relatives aux accidents du travail ou à l'invalidité ;

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

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

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

- soit être bénévole ou salarié d'une association, d'un établissement ou d'un service spécialisé apportant son concours aux personnes handicapées, à des accidentés du travail, à des personnes invalides, à des personnes âgées ou à des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

Sont considérés comme membres participants les chefs de famille qui adhèrent dans le cadre du Complément Santé.

Sont considérés comme membres bénéficiaires, les ayants droit du chef de famille inscrits au Complément Santé.

Les ayants droit sont :

- le conjoint, le concubin ou la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité ;

- les enfants à charge du membre participant jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 25ème anniversaire. Cette limite d'âge ne s'applique pas aux enfants reconnus handicapés et rattachés au foyer fiscal de leur parent membre participant.

- les membres de la famille de ce dernier concernés par l'article L.313-3-4° du Code de la Sécurité sociale.

Les membres bénéficiaires ne sont pas membres participants.

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

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

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

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

Le décès du chef de famille n'entraîne pas la radiation de plein droit du ou des ayants droit, membres bénéficiaires définis à l'article 7 des statuts. En présence d'un conjoint survivant ou de tout ayant droit âgé de plus de 16 ans, leur adhésion se poursuit. Par ordre de priorité, le conjoint survivant puis l'ayant droit le plus âgé deviennent chef de famille. La cotisation est adaptée à cette nouvelle structure familiale.

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

SECTION II - Démission, radiation, exclusion et résiliations diverses

Article 10 : sauf cas particuliers soumis au Conseil d'Administration, la démission est donnée par courrier recommandé, avant le 31 octobre de l'année en cours, pour être effective au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 11 : sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions impératives auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration qui peut déléguer l'exercice de cette prérogative.

Sont également radiés les membres participants dont les garanties ont été résiliées, pour défaut de paiement des cotisations, dans les conditions prévues aux articles L.221-7, L.221-8 et L.221-17 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 exceptionnelles et indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation. Le Conseil d'Administration peut déléguer l'exercice de cette prérogative.

Article 12 : peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.

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

Article 13 : par exception à l'article 10, lorsque le membre participant est pris en charge au titre d'un contrat obligatoire, et sous réserve que la Mutuelle en ait été expressément saisie, la résiliation de la garantie peut être prononcée.

Elle intervient au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande. Elle sera effectuée sur la base de la production d'une attestation de l'employeur.

Article 14 : la démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf stipulations contraires prévues au règlement mutualiste ou à la notice d'information. Aucune prestation dont les soins sont intervenus après la date d'effet de la démission, de la radiation ou de l'exclusion ne peut être servie.

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - Assemblée Générale

SECTION I - Composition, élection

Article 15 : tous les membres participants et honoraires sont répartis en sections de vote.

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

Article 16 : l'Assemblée Générale est composée des délégués des sections de vote.

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

Les membres participants et honoraires présents au 31 décembre de l'année précédant les

élections et jouissant de leurs droits civiques sont électeurs et éligibles au sein de l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Toutefois, conformément à l'article L.5 du Code Électoral, les personnes bénéficiant d'une mesure de tutelle ouverte ou renouvelée à compter du 1^{er} janvier 2009, pour lesquelles le juge des tutelles a supprimé le droit de vote, ne sont ni électeurs ni éligibles.

Les personnes bénéficiant d'une mesure de tutelle mise en place antérieurement au 1^{er} janvier 2009, et non renouvelée depuis cette date, ne sont ni électeurs (sauf autorisation expresse du juge des tutelles) ni éligibles.

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

Article 17-2 : Commission d'examen des candidatures

Compte tenu de la composition des effectifs de la Mutuelle, la Commission d'examen des candidatures procède à la recevabilité des candidatures et à la vérification de la réelle capacité de réflexion et de décision des candidats.

La Commission d'examen des candidatures est composée de 5 membres, non administrateurs. Ses membres sont élus parmi les délégués par l'Assemblée Générale pour une durée de quatre ans.

Article 17-3 : Élections des délégués

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

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

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

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

Le délégué ainsi élu achève le mandat de son prédécesseur.

Article 19 : chaque section élit un délégué par fraction de 800 chefs de famille. Si une section comportait moins de 800 chefs de famille, elle serait, pour ce vote, rattachée à une section d'une agence adjacente.

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

Le nombre de postes à pourvoir est déterminé sur la base des effectifs des chefs de famille de la Mutuelle, arrêtés au 31 décembre de l'année précédant les élections.

Article 20 : le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut être représenté, dans ses fonctions, par un autre délégué non administrateur. Un même délégué ne peut réunir plus de 5 mandats.

SECTION II - Réunion de l'Assemblée Générale

Article 21 : l'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration. L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le Conseil ;
2. les commissaires aux comptes ;
3. la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant ;
4. un administrateur provisoire nommé par la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
5. les liquidateurs.

Article 22 : à défaut de convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 23 : l'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion. Chaque délégué reçoit, au préalable, les documents mentionnés à l'article L.114-14 du Code de la Mutualité. Lorsque le quorum fixé à l'article 27 n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Dans ce cas, le délai entre la date de convocation à cette Assemblée Générale et la tenue de celle-ci est de six jours, au moins.

L'ordre du jour des Assemblées Générales est fixé par le Conseil d'Administration à la majorité de ses membres. Il doit être joint aux convocations.

Toute question dont l'examen est demandé huit 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 au cours d'une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

SECTION III - Attributions de l'Assemblée Générale

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

- 1° les modifications des statuts,
- 2° les activités exercées,
- 3° l'existence et le montant des droits d'adhésion,
- 4° le montant du fonds d'établissement,
- 5° les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L.114-1, 5^{ème} alinéa du Code de la Mutualité,
- 6° l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou union,
- 7° les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- 8° l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,
- 9° le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- 10° le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- 11° le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité,
- 12° le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du Code de la Mutualité,
- 13° toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale décide :

- 1° la nomination des commissaires aux comptes,
- 2° la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle,
- 3° les délégations de pouvoir prévues à l'article 25 des présents statuts,
- 4° les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

Article 25 : pour la détermination des montants ou des taux de cotisation et des prestations offertes, l'Assemblée Générale peut déléguer ses pouvoirs, en tout ou partie, au Conseil d'Administration. Cette délégation doit être confirmée annuellement. Les décisions prises au titre de cette délégation sont transmises pour information à la plus proche Assemblée Générale.

Article 26 : les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la Mutualité. De manière générale, l'adhésion induit que l'adhérent rejoint l'ensemble de la collectivité des membres de la Mutuelle pour laquelle s'appliquent toutes les décisions que l'Assemblée Générale d'Intégrance est conduite à prendre.

SECTION IV - Modalités de vote de l'Assemblée Générale

Article 27 : lorsqu'elle se prononce sur la modification des Statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 25 des présents Statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale délibère valablement si la moitié au moins des délégués constituant l'Assemblée Générale sont présents ou représentés.

À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle délibère valablement si le quart au moins des délégués constituant l'Assemblée Générale sont présents ou représentés. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents ou représentés, à l'exception des modifications statutaires qui requièrent la majorité des deux tiers des délégués présents ou représentés.

Article 28 : lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées à l'article précédent, l'Assemblée délibère valablement si le quart au moins des délégués constituant l'Assemblée Générale sont présents ou représentés.

À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés.

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

CHAPITRE II - Conseil d'Administration

SECTION I - Composition, élection

Article 29 : 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 18 ans accomplis ;
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Le nombre des administrateurs ayant dépassé la limite d'âge, fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration. Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé.

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

Le Président peut inviter les anciens Administrateurs aux séances du Conseil d'Administration. Ils participent aux réunions avec voix consultative.

Article 30 : 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, sur proposition du Conseil d'Administration, est compris entre 10 Administrateurs au moins et 25 au plus.

Les membres du Conseil sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale, pour six ans, au scrutin plurinominal majoritaire à deux tours.

Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a pas réuni la majorité absolue des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative. Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé.

De plus, deux représentants des salariés de la Mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration.

Ils sont élus, pour une durée de deux ans, par le personnel permanent selon le système du scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Sont électeurs et éligibles les membres du personnel ayant une ancienneté minimale d'un an et n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L.5 à L.7 du code électoral. Pour être élu au premier tour du scrutin, la majorité absolue des suffrages exprimés est requise. Au deuxième tour, la majorité relative suffit. En cas de partage égal des voix, l'élection est acquise au plus âgé des candidats.

Article 31 : le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les deux ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29 ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul ; dans ce cas, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- un mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

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

Article 32 : lors de la première élection 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 sont soumis à réélection.

Article 33 : en cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou toute autre cause, d'un administrateur, le poste de ce dernier est pourvu lors du prochain renouvellement du Conseil d'Administration. Le Conseil d'Administration peut

toutefois décider d'organiser l'élection anticipée du poste vacant.

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

SECTION II - Réunions

Article 34 : le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins trois fois par an.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par la moitié au moins des membres du Conseil.

Article 35 : le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Il prend ses décisions à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

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

Article 36 : le Conseil d'Administration peut déclarer démissionnaire d'office de ses fonctions, tout administrateur absent sans motif valable à trois séances au cours de la même année. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale.

SECTION III - Attributions du Conseil d'Administration

Article 37 : le Conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la Mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par le Code de la Mutualité et les présents statuts.

Article 38 : le Conseil d'Administration adopte annuellement les budgets prévisionnels de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration établit un rapport de gestion, ainsi qu'un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus values latentes, prévu à l'article L.212-6 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration approuve, au moins annuellement, un rapport sur le contrôle interne (article R.211-28 du Code de la Mutualité).

Le Conseil d'Administration rédige un rapport dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion. Il présente ce rapport à l'Assemblée Générale.

Article 39 : 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 40 : le Conseil consent au Directeur Général 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 IV - Obligations des Administrateurs

Article 41 : les fonctions d'Administrateur sont gratuites. La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la Mutualité.

Il est interdit aux Administrateurs de prendre ou de conserver un intérêt, direct ou indirect, dans une entreprise ayant traité avec la Mutuelle ou dans un marché passé avec celle-ci.

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

Article 42 : Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur (Article L.114-31 du Code de la Mutualité).

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

Article 43 : les membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat (Article L.114-28 du Code de la Mutualité).

Article 44 : les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la Loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération de mutuelles. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

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

Article 45 : la responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

SECTION IV - Conventions entre la Mutuelle et un administrateur

Article 46 : les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs, telles que définies par décret pris en application de l'article L.114-33 du Code de la Mutualité, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale dans les conditions de l'article L.114-33 du Code de la Mutualité.

Article 47 : sous réserve des dispositions de l'article 48, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

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

Les dispositions qui précèdent sont également

applicables aux conventions intervenant entre un administrateur et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité.

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du Code de la Mutualité. Le Conseil d'Administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisation qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

Article 48 : il est interdit aux administrateurs de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser leurs engagements envers les tiers.

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

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

CHAPITRE III - Président et Bureau

SECTION I - Election, composition, réunions

Article 49 : le Bureau est élu parmi les membres du Conseil d'Administration à bulletins secrets, dans les conditions suivantes : le Président et les membres du Bureau sont élus pour deux ans par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale annuelle.

Le Bureau peut également comporter des membres supplémentaires, sans fonction particulière, dans la limite de 2. Le Président peut inviter les anciens Présidents, sous réserve qu'ils soient toujours adhérents à la Mutuelle, aux séances du Bureau, avec voix consultative.

Le Président est révoqué à tout moment par le Conseil d'Administration.

Article 50 : dans le cadre des dispositions de l'article 49, le Bureau se compose notamment:

- d'un Président ;
- d'un Premier Vice-Président ;
- d'un Deuxième Vice-Président ;
- d'un Trésorier ;
- d'un Trésorier Adjoint ;
- d'un Secrétaire ;
- d'un Secrétaire Adjoint.

Article 51 : en cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Premier Vice-Président ou à défaut par le Deuxième Vice-Président.

SECTION II - Attributions des membres du Bureau

Article 52 : le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il veille à la régularité du fonctionnement de la Mutuelle, conformément au Code de la Mutualité et aux statuts. Il préside les réunions du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales. Il engage les dépenses.

Article 53 : le Premier Vice-Président, à défaut le Deuxième Vice-Président, seconde le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

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

Article 54 : le Secrétaire, à défaut le Secrétaire Adjoint, est responsable des convocations, de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

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

Article 55 : le Trésorier, à défaut le Trésorier Adjoint, 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 valeurs.

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

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

Section III - Réunion et délibérations

Article 56 : le Bureau se réunit, sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

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

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

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

CHAPITRE IV - Organisation des sections de la Mutuelle

SECTION I - Sections locales administratives

Article 57 : les membres de la Mutuelle sont groupés en sections locales. Celles-ci sont créées par décision du Conseil d'Administration.

Article 58 : le règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement des sections locales administratives de la Mutuelle.

CHAPITRE V - Organisation financière

SECTION I - Recettes et dépenses

Article 59 : les recettes de la Mutuelle comprennent :

- 1 - les cotisations complémentaire santé des adhérents ;
- 2 - les cotisations des membres honoraires ;
- 3 - les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- 4 - plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi.

Article 60 : les dépenses comprennent :

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

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

Article 61 : 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 62 : dans la mesure où la Mutuelle est substituée, les adhérents bénéficient d'un système de garantie par l'intermédiaire de la garante.

SECTION III - Comité d'Audit et commissaire aux comptes

Article 63 : un comité d'audit, créé par le Conseil d'Administration, est chargé d'aider le Conseil d'Administration à se positionner et à exercer sa responsabilité sur la clôture comptable, l'information financière, le contrôle interne, la gestion des risques, ainsi que l'audit interne et externe. Il se réunit au moins deux fois par an.

Article 64 : le commissaire aux comptes porte à la connaissance du Conseil d'Administration et du comité d'audit, les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

Il signale, dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale, les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

TITRE III - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 65 : 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 27 des statuts.

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs et des membres de la commission de contrôle statutaire.

L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les attributions qu'elle possédait avant la nomination du ou des liquidateurs. Elle confère, s'il y a lieu, tous les pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 27 des présents statuts à d'autres Mutuelles ou unions ou Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

Article 66 : en cas de contestation relative aux garanties d'assurance souscrites, le membre participant pourra soumettre sa réclamation au médiateur, en adressant un dossier complet au siège de la Mutuelle, à l'adresse suivante: Médiateur de la Mutuelle Intégrance 89, Rue Darnémont, 75018 PARIS.

Le médiateur est désigné par l'Assemblée Générale, pour une durée de deux ans renouvelable, sur proposition du Conseil d'Administration, de préférence parmi les anciens administrateurs de la Mutuelle.

Ce recours ne peut être présenté si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du médiateur interrompt la prescription. Le médiateur rend un avis motivé dans un délai de 6 mois.

*

*

Règlement intérieur

SOMMAIRE

Art. 1 - Objet

CHAP. I - ORGANISATION POLITIQUE

Art. 2 - Modalités de l'élection des délégués à l'Assemblée Générale

Art. 3 - Modalités de l'élection des Administrateurs

Art. 4 - Modalités de l'élection du Président du Conseil d'Administration

Art. 5 - Modalités de l'élection des autres membres du Bureau

Art. 6 - Honorariat

Art. 7 - Commissions

Art. 8 - Comités de section

Art. 9 - Réunions, procès-verbaux

Art. 10 - Gratuité des fonctions, indemnités de déplacement

CHAP. II - ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Art. 11 - Directeur Général

Art. 12 - Délégations

CHAP. III - ORGANISATION FINANCIÈRE

Art. 13 - Tenue de la comptabilité

Art. 14 - Préparation et adoption du budget

Art. 15 - Tarifications, études particulières

CHAP. IV - DIVERS

Art. 16 - Archivage

Art. 17 - Publication

Article 1^{er} - Objet.

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

CHAPITRE I - ORGANISATION POLITIQUE

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

L'élection des délégués à l'Assemblée Générale donne lieu à un appel à candidature auprès des membres participants et honoraires disposant du droit de vote. Les candidatures sont adressées

par lettre recommandée au Président, au moins 45 jours avant l'élection, afin d'être soumises à la Commission d'examen des candidatures.

Les sections de votes visées à l'article 15 des statuts sont au nombre de sept correspondant aux sept circonscriptions métropolitaines (Nord-Ouest, Ouest, Est, Sud-Ouest, Sud-Est, Centre, Ile-de-France). Les Départements d'Outre-Mer et la Corse sont respectivement rattachés aux sections Ile-de-France et Sud-Est.

Article 3 - Modalités de l'élection des administrateurs.

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

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

Le délégué est invité à rayer les noms des candidats auxquels il ne souhaite pas apporter sa voix. En tout état de cause, tout bulletin de vote pour lequel le nombre de candidats non rayés est supérieur au nombre de postes à pourvoir est considéré comme nul.

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

Le Président du Conseil d'Administration est élu au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Au premier tour de scrutin, l'élection a lieu à la majorité absolue des membres composant le Conseil. Au cas où la majorité requise n'est pas réunie au premier tour de scrutin, il est procédé à un second tour. Seuls les deux candidats parvenus en tête du premier tour peuvent se maintenir. Au cas où deux candidats parviennent avec le même nombre de voix en seconde position, le candidat le plus ancien dans le Conseil demeure en présence pour le second tour. Au deuxième tour de scrutin, l'élection est acquise à la majorité absolue des suffrages exprimés. En cas de partage égal des voix obtenues, l'élection est acquise au plus ancien.

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

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

Article 6 - Membres qualifiés titre honorifique.

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

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

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

Article 7 - Commissions spécifiques.

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

1) les Commissions d'études

Ces Commissions font des propositions au Conseil d'Administration. Elles sont composées de membres de la Mutuelle et de personnalités compétentes dans le domaine traité. Le Président, avec voix délibérative, et le Directeur Général, avec voix consultative, sont membres de droit des Commissions. Sur proposition des Commissions, le Conseil d'Administration désigne leur Président et leur rapporteur. Le Trésorier est membre de droit des Commissions d'études dont les travaux impliquent des dépenses supplémentaires. Le Directeur Général, ou l'un de ses collaborateurs sur sa délégation, est le rapporteur de cette catégorie de Commission.

Font notamment partie des commissions d'études :

- la commission sur les élections ;
- la commission technique ;
- la commission d'examen des candidatures visée à l'article 17-2 des présents statuts ;

2) la Commission aide sociale

Elle est composée au minimum de cinq membres disposant de voix délibératives, désignés, pour une durée de deux ans, par le Conseil d'Administration, parmi les délégués à l'Assemblée Générale

et les administrateurs. La Commission est chargée de délibérer sur les demandes d'aides présentées par les adhérents (ou leurs proches en cas de décès) et statue, au vu de l'ensemble des éléments circonstanciés produits.

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

Un règlement précise les modalités de fonctionnement de la commission aide sociale ; il est disponible sur simple demande auprès de la mutuelle.

Article 8 - Comités de section.

Les membres de la Mutuelle sont regroupés en sections locales. Le territoire de chaque section locale correspond à l'étendue de chaque section de vote. Chaque section locale est animée par un Comité de section, créé et supprimé par décision du Conseil d'Administration. Chaque Comité est composé des délégués appartenant à la section. Il se réunit une fois par an. Les responsables de secteur ou d'agence correspondant à la compétence territoriale de la section locale peuvent assister, avec voix consultative, aux réunions du Comité. Ce Comité est présidé par le Président de la Mutuelle ou son représentant.

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

Article 9 - Procès-verbaux des réunions.

Il est établi pour chaque réunion de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration, du Bureau et des Commissions, un procès-verbal des délibérations, approuvé lors de la séance suivante par l'organe concerné.

Article 10 - Gratuité des fonctions, indemnités de déplacement.

Les fonctions de délégué, d'administrateur et de membre de la Commission de Contrôle, sont gratuites.

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

CHAPITRE II - ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Article 11 - Directeur Général.

Les services techniques, financiers et administratifs sont placés sous l'autorité d'un Directeur Général. Le Directeur Général est recruté par le Président, après consultation du Bureau.

Le Directeur Général dépend du Président. Il est membre de droit, avec voix consultative, de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration, du Bureau et des Commissions d'étude.

Le Conseil d'Administration est informé de l'organigramme des Services et de ses évolutions.

Article 12 - Délégations.

Le Président a la responsabilité des engagements de dépenses.

L'exercice de cette prérogative peut être délégué à des salariés du Comité de Direction. Le Président et le Trésorier (ou le Trésorier Adjoint) sont conjointement chargés du paiement.

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

Le Directeur Général peut déléguer l'exercice de certaines de ses prérogatives. Le Directeur Général en contrôle l'usage.

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

CHAPITRE III - ORGANISATION FINANCIÈRE

Article 13 - Tenue de la comptabilité.

La comptabilité est tenue conformément au Plan Comptable.

Les comptes sont arrêtés au 31 décembre.

Article 14 - Préparation et adoption du budget.

A l'occasion de la première session du Conseil d'Administration du 2ème semestre, celui-ci détermine les grandes orientations des exercices suivants en matière de prestations, de services et de cotisations.

Au cours des deux mois qui suivent, il tient une seconde séance, à l'occasion de laquelle il adopte le budget de l'exercice suivant.

Article 15 - Tarifications, études particulières.

A partir des tarifs de base adoptés par l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration peut établir une grille de négociation ou des tarifications particulières qui permettent de répondre aux besoins spécifiques de certaines catégories

d'adhérents. Cette grille et ces études particulières tiennent également compte du nombre d'adhérents potentiels ou réalisés et de leurs moyens financiers.

En matière de tarification et de prestations, le Conseil d'Administration peut prendre toutes les dispositions nécessaires en application des délégations qui lui sont données par l'Assemblée Générale.

CHAPITRE IV - DIVERS

Article 16 - Archiving.

L'archivage des documents essentiels est effectué conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Le dossier d'un adhérent, hors paiement des prestations, est conservé pendant toute la durée de son adhésion et jusqu'à 6 ans après le terme de cette dernière.

Les documents concernant les prestations, hors allocations obsèques, versées aux adhérents sont conservés 6 années après l'adhésion.

Article 17 - Publication.

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

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

Règlement mutualiste de la Mutuelle Intégrance

Article 1^{er} - Objet du règlement.

Mentionné à l'article 5 des statuts de la Mutuelle Intégrance, le présent règlement mutualiste a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle, concernant les prestations et les cotisations des garanties complémentaire santé.

Il est établi par référence à la convention de substitution conclue en 2009 entre la Mutuelle Intégrance et la Mutuelle MICILS. La Mutuelle MICILS est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553 ; son siège est situé 38 Rue François Peissel, 69300 CALUIRE ET CUIRE.

Il ressort de cette convention que la Mutuelle MICILS se substitue à la Mutuelle Intégrance, tant pour la constitution des garanties d'assurances en complémentaire santé (branches d'assurances 1 et 2) que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant de ces activités. Il ressort également de cette convention que la Mutuelle Intégrance est l'inter-locuteur de ses adhérents ; elle assure de plus la tenue de sa comptabilité soumise à l'approbation de son commissaire aux comptes.

CHAPITRE I - CONDITIONS D'ADHÉSION



Article 2 - Modalités d'adhésion.

Les membres participants et les membres bénéficiaires sont définis à l'article 7 des statuts.

Seuls les membres participants et les membres bénéficiaires affiliés au régime français de Sécurité Sociale peuvent adhérer à une garantie complémentaire santé.

Le membre participant manifeste son acte d'adhésion à la Mutuelle par la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement. Le membre participant reçoit une copie des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste. L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit (membres bénéficiaires) prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois de la réception par les services

de la Mutuelle Intégrance (siège ou agences) du bulletin d'adhésion dûment rempli et signé.

L'adhésion ultérieure de membres bénéficiaires intervient au plus tôt au 1^{er} jour du mois de réception de la demande, sauf en présence d'un nouveau né où l'adhésion s'effectue au jour de la naissance si cette dernière a été notifiée à la Mutuelle dans les quatre vingt dix jours qui suivent l'évènement.

Article 3 - Durée de l'adhésion.

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

Article 4 - Prise d'effet.

Les membres participants bénéficient du remboursement des prestations santé dès la prise d'effet de leur adhésion.

Néanmoins, un délai de stage de 3 mois est applicable à toute nouvelle adhésion dans le cadre des forfaits visant le remboursement des appareillages, des fauteuils roulants et des audioprothèses.

Article 5 - Changement de garantie.

Le changement de garantie est possible une fois par année civile sous réserve d'un délai de prévenance de 2 mois. La nouvelle garantie prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la fin du délai de prévenance.

Le choix d'une garantie inférieure (cotisation de la nouvelle garantie inférieure à la cotisation de la garantie initiale, toutes choses égales par ailleurs) ne peut se faire qu'après 24 mois d'adhésion effective à la même garantie.

Article 6 - Démission, radiation, exclusion, résiliations diverses.

Les modalités de démission, radiation, d'exclusion et de résiliations diverses ainsi que leurs effets sont définis aux articles 10 à 14 des statuts.

CHAPITRE II - PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTE.

Article 7 - Nature des prestations remboursées.

Sauf exception, ne sont garanties que les presta-

tions remboursables par la Sécurité sociale, correspondant à des soins effectués dans le cadre du parcours de soins coordonné.

Afin de respecter le cahier des charges des contrats responsables, la Mutuelle Intégrance ne prend pas en charge les majorations du ticket modérateur pour des soins effectués hors parcours de soins coordonné [article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale] et la franchise appliquée sur les dépassements d'honoraires pratiqués hors parcours de soins coordonné [article R.871-1, 2e du même Code]. Les remboursements d'Intégrance ne prennent pas en charge la participation forfaitaire d'un euro par acte et par consultation et la franchise (sur les médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les transports...) mentionnées à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale. De façon générale, la Mutuelle Intégrance ne prend pas en charge les soins effectués hors parcours de soins coordonné visé à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

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

Le champ d'application des garanties couvre les frais de soins engagés à compter de la date d'effet de l'adhésion. Les prestations accordées viennent en complément des prestations en nature et/ou en espèces accordées par les différents régimes de Sécurité sociale français.

La Mutuelle ne peut moduler ses prestations qu'en fonction des besoins, de la situation familiale et par conséquent des cotisations payées.

Concernant les soins pris en charge par un régime obligatoire autre que le régime obligatoire français, les prestations sont remboursées sur la base du tarif de responsabilité de la sécurité sociale française en complément du pourcentage d'intervention du régime obligatoire français et dans la limite du reste à charge de l'adhérent. En présence de codes actes différents de ceux utilisés par le régime de sécurité sociale français, il est procédé au remboursement sur la base de la codification française qui aurait été appliquée si l'adhérent avait été soigné en France.

Article 8 - Principe indemnitare.

Le remboursement des frais de soins, par la Mutuelle, présente un caractère indemnitare.

Le remboursement des prestations effectuées par la Mutuelle ne peut en aucun cas excéder le montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

Article 9 - Versement des prestations.

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

Pour obtenir le paiement des prestations, l'adhérent devra fournir à la Mutuelle, les pièces justificatives suivantes :

- hospitalisation (médecine, chirurgie, cure...) : facture de l'établissement, bulletin de situation, avis des sommes à payer avec déclaration de paiement ou avis des sommes à payer portant la mention « payé » et copie de l'attestation carte Vitale ;

- consultation, visites, actes, soins : décompte de Sécurité sociale ou reçu du ticket modérateur si les soins sont effectués dans un centre de soins ou un dispensaire ;

- analyses : décompte de Sécurité sociale et/ou reçu du ticket modérateur ainsi que la prescription médicale en cas de refus de la Sécurité sociale ;

- actes de radiologie : décompte de Sécurité sociale et/ou reçu du ticket modérateur ;

- pharmacie : décompte de Sécurité sociale et facture subrogatoire (si tiers payant) ;

- transport : décompte de Sécurité sociale d'une part et facture du transporteur acquittée ou reçu du transporteur d'autre part ;

- dentaire : décompte de Sécurité sociale et facture détaillée acquittée ;

- optique : décompte de Sécurité sociale et facture détaillée acquittée ;

- appareillages et aides techniques : décompte de Sécurité sociale et facture détaillée acquittée.

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

Il est à préciser qu'avant toute réalisation de certains soins dentaires (traitement prothétiques, implantaires ou orthodontiques...) dont le coût des prestations à réaliser est supérieur à un plafond fixé annuellement par l'Assemblée Générale, l'adhérent doit au préalable produire auprès de la Mutuelle, pour étude et avis, un exemplaire du devis établi par le professionnel de santé.

La Mutuelle pratiquant les Échanges de Données Informatiques (E.D.I.), l'adhérent peut être dispensé de l'envoi des décomptes de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.



Lorsque la Mutuelle a signé des conventions de tiers payant avec des professionnels de santé, l'adhérent peut être dispensé de l'avance des frais sur la part complémentaire. En cas de remboursements forfaitaires (optique, dentaire, forfait journalier, chambre particulière), l'adhérent doit adresser une demande de prise en charge à la Mutuelle afin de bénéficier de la dispense d'avance de frais. **Quelle que soit la garantie souscrite, les remboursements des frais de chambre particulière lors de séjour en secteur psychiatrique sont exclus.**

De même, quelle que soit la garantie souscrite, le forfait journalier en maison d'accueil spécialisée ou en institut médico-éducatif n'est pas pris en charge. Les prestations sont versées par la Mutuelle Intégrance, qui peut déléguer tout ou partie de la gestion.

Article 10 - Prestations indues.

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

Article 11 - Subrogation.

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action envers le tiers responsable, que la responsabilité de celui-ci soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses de santé que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la personne. Si l'adhérent est garanti par un contrat d'assurance individuel accident, la Mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance. Le membre participant ou ses ayants droit devront informer la Mutuelle de tout accident subi mettant en cause un tiers.

Article 12 - Révision des prestations.

Le montant et les modalités des prestations garanties ont été établis en considération des conditions existantes et applicables au regard de la législation en vigueur. Si ces différents éléments venaient à être modifiés, la Mutuelle se réserve le droit de

réajuster, à partir de la date de modification, les conditions des garanties proposées. En tout état de cause, la Mutuelle en informera l'adhérent.

CHAPITRE III - PRESTATIONS INCLUSES DANS CERTAINES GARANTIES SANTE

Article 13 - Intégrance Assistance.

Le service Intégrance Assistance offre aux adhérents une assistance gratuite à domicile en cas d'urgence (aide ménagère, télévision à l'hôpital, garde des enfants, livraison des médicaments, garde des animaux domestiques...).

Ce service est inclus dans les garanties complémentaire santé.

Une notice d'information est délivrée à tout adhérent de la Mutuelle.

Article 14 - Allocation obsèques.

La Mutuelle verse, en cas de décès de l'adhérent ou d'un ayant droit, une allocation obsèques. Le versement de cette allocation doit être expressément prévu dans la garantie complémentaire santé souscrite et ne peut intervenir que si l'adhérent est, au moment de son décès, à jour de ses cotisations. Toutefois, si le décès de l'adhérent est à l'origine d'un défaut de paiement des cotisations, celui-ci pourra être régularisé afin de permettre le versement de cette allocation obsèques. Cette allocation obsèques constitue une garantie annuelle couvrant le décès survenu entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année d'adhésion.

Cette garantie en inclusion est fournie par la souscription d'un contrat d'une durée ferme d'un an auprès d'un organisme assureur externe.

Chaque année, l'Assemblée générale peut voter, pour l'année à venir, la souscription ou non d'un nouveau contrat ou la modification de cette garantie allocation obsèques.

Une cotisation spécifique, prévue dans la notice d'information « Intégrance-Frais d'Obsèques », s'ajoute au montant de la cotisation complémentaire santé et est appelée simultanément.

Les conditions et modalités de versement de cette allocation sont prévues dans la notice d'information « Intégrance-Frais d'Obsèques » qui est remise à l'adhérent.

CHAPITRE IV - AIDE SOCIALE OU PRESTATIONS PARTICULIERES

Article 15 - Aide sociale.

L'Assemblée Générale de la Mutuelle détermine

chaque année la dotation dont dispose la Commission Aide Sociale pour attribuer des aides ponctuelles aux adhérents de la Mutuelle depuis au mois 6 mois.

Ces aides sociales sont attribuées sur demande dûment justifiée et circonstanciée de l'adhérent, dans la limite de la dotation annuelle, par la Commission Aide Sociale, visée à l'article 7 du règlement intérieur.

Article 16 - Forfait pour hospitalisation en maternité.

Selon la garantie souscrite, la Mutuelle verse, lors de l'accouchement, une participation liée aux dépenses engagées présentant un lien direct avec l'accouchement au titre du « forfait pour hospitalisation en maternité ».

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

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

CHAPITRE V - COTISATIONS

Article 17 - Principes.

La cotisation, individuelle ou familiale, donne accès aux prestations et aux services de la Mutuelle. Une carte d'adhérent mutualiste est adressée à chaque membre participant.

Article 18 - Détermination.

Les cotisations sont déterminées selon les modalités définies par les articles 24 et 25 des Statuts. Les cotisations peuvent être modulées en fonction des prestations, qui elles-mêmes sont établies au regard des besoins des diverses catégories de population qui sollicitent la Mutuelle Intégrance.

La majoration de cotisation due au rattachement du nouveau né est prise en compte dans le calcul de la cotisation parentale à partir du 1er jour du 4ème mois suivant la naissance.

En tout état de cause, la Mutuelle ne peut recueillir d'informations médicales auprès de ses adhérents ou futurs adhérents, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé des intéressés. La cotisation des membres honoraires, indiquée à l'article 6 des Statuts, est fixée annuellement par l'Assemblée Générale.

Dans le cadre d'un accord de groupe portant sur des garanties standard, le montant des cotisations est fixé selon une grille annuelle, adoptée par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration. Dans le cadre d'un accord de groupe spécifique, destiné à répondre plus particulière-

ment aux besoins de certaines catégories d'adhérents, les cotisations sont déterminées en fonction des besoins en prestations.

Article 19 - Paiement.

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement ou, par dérogation, annuellement, semestriellement, trimestriellement. Le paiement des cotisations par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal est privilégié.

Le règlement des cotisations intervient aux dates mentionnées sur l'appel de cotisations ou l'échéancier de prélèvement.

Tout mois d'adhésion entamé entraîne le versement de la cotisation afférente.

Article 20 - Défaut de paiement.

Une mise en demeure est adressée à l'adhérent en cas de défaut de paiement d'une cotisation échue depuis plus de 10 jours. Cette mise en demeure est adressée au plus tôt 10 jours après l'identification de l'impayé. En cas de non paiement, 30 jours après l'envoi de ce courrier, la garantie est suspendue. L'adhérent est radié s'il n'a pas régularisé sa situation dans les 40 jours qui suivent l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Les droits de l'adhérent sont réouverts dès régularisation des impayés uniquement si la régularisation intervient avant la résiliation.

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

Toutefois, la Mutuelle Intégrance se réserve le droit, en cas de défaut de paiement des cotisations, d'adopter au cas par cas, selon les situations présentées, des dispositions plus favorables à l'égard de l'adhérent.

Article 21 - Révision des cotisations.

Chaque année, les cotisations appelées pourront être révisées, selon les modalités des articles 24 et 25 des statuts.

CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 22 - Fraude ou fausse déclaration intentionnelle.

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications. La Mutuelle Intégrance peut prononcer l'annulation des droits aux prestations et poursuivre l'adhérent.

Elle peut également prononcer l'annulation de

l'adhésion en cas de fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion ; dans ce cas les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle Intégrance.

Article 23 - Forclusion et prescription.

Les demandes de remboursement ou de paiement doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans à partir de l'événement ouvrant les droits (soins, décès...). En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du présent règlement, les parties s'engagent notamment, avant tout recours porté devant les tribunaux de l'ordre judiciaire, à épuiser entre elles les voies de règlement amiable du différend qui les oppose.

Toute action dérivant des garanties souscrites est prescrite deux ans après la survenance de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne commence qu'à partir du jour où les intéressés ont eu connaissance de cet événement.



Article 24 - Obligations réciproques d'information.

En cas de changement de situation, de quelque nature qu'il soit (familial, professionnel, bancaire, changement de régime de sécurité sociale, changement d'établissement d'hébergement...),

l'adhérent est tenu d'en aviser la Mutuelle dans les plus brefs délais.

Certains changements de situation sont susceptibles d'entraîner une modification de garantie ou de cotisations.

Un délai de réflexion, prévu à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité, doit s'écouler entre la remise des documents et la signature du bulletin d'adhésion.

Par ailleurs, toute modification des statuts et règlements décidée par l'Assemblée Générale de la Mutuelle est portée à la connaissance de ses membres.

Les modifications des montants des prestations et des cotisations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

Article 25 - Médiation.

En cas de contestation relative aux garanties souscrites, l'adhérent pourra soumettre sa réclamation au Médiateur ; en adressant un dossier complet au siège de la Mutuelle, à l'adresse suivante :

Médiateur de la Mutuelle Intégrance, 89, Rue Damrémont, 75018 Paris.

Ce recours ne peut être présenté si une action contentieuse a déjà été engagée. La saisine du Médiateur interrompt la prescription. Le Médiateur rend un avis motivé dans un délai de 6 mois.

Cotisations mensuelles au 1^{er} janvier 2012 des garanties «standard» ouvertes aux adhésions.

Les cotisations ci-après ne comprennent pas les cotisations relatives aux garanties en inclusion.



GARANTIES NEO SOLIDARITE

Conditions d'adhésion

- Relever d'un régime de Sécurité sociale français, et

- soit avoir moins de 49 ans pour la formule ACCES'

- soit pour les résidents en EHPAD, avoir moins de 85 ans pour les formules BASIC', CONFORT', DYNAMIC' ou ETENDUE'

- soit pour les seniors hors EHPAD, avoir moins de 80 ans pour les formules BASIC', CONFORT', DYNAMIC' et moins de 75 ans pour la formule ETENDUE'.

Les seniors hors EHPAD qui souhaiteraient adhérer après 80 ans, sont invités à prendre contact

avec leur agence locale Intégrance, afin d'étudier une solution adaptée aux seniors à domicile.

Tarifs mensuels de base selon l'âge et la situation du bénéficiaire

L'âge pris en compte pour le calcul de la cotisation de chaque bénéficiaire est son âge au 1er janvier de l'année de cotisation [exemple : un bénéficiaire né le 15 février 1965 est considéré comme ayant 46 ans pour toute l'année 2012].

La mutuelle se réserve le droit de contrôler, à tout moment, que le bénéficiaire répond aux conditions requises pour continuer à bénéficier du tarif accordé.

Bénéficiaires relevant du régime général ou assimilé - Extraits des tarifs de base TTC

Âge	ACCES'	BASIC'	CONFORT'	DYNAMIC'	ÉTENDU'
24 ans	25,72 €	29,21 €	35,96 €	37,38 €	45,18 €
25 ans	26,62 €	30,23 €	37,40 €	38,88 €	46,84 €
31 ans	32,06 €	36,39 €	46,03 €	47,96 €	56,85 €
43 ans	41,55 €	47,18 €	58,37 €	60,73 €	72,99 €
52 ans	46,53 €	52,82 €	64,31 €	69,36 €	85,85 €
66 ans	56,65 €	64,31 €	77,28 €	82,08 €	99,22 €
75 ans	65,83 €	74,73 €	90,87 €	95,34 €	110,64 €
81 ans	72,68 €	82,52 €	103,31 €	106,30 €	121,01 €

Situations particulières :

- Les personnes relevant du régime des pensions d'invalidité sont exonérées pour partie du ticket modérateur. À ce titre, elles bénéficient d'un tarif minoré de 10% par rapport au tarif de base des garanties Néo Solidarité, sur présentation d'un justificatif de pension ou d'attribution d'une pension d'invalidité sécurité sociale.

- Les personnes hébergées en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS), Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), Institut Médico Éducatif (IME), Institut d'Éducation

Motrice (IEM) ou Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) bénéficient d'une prise en charge de certains soins par leur établissement d'accueil. À ce titre, leur cotisation est minorée de 10% par rapport au tarif de base des garanties Néo Solidarité, sur présentation d'un justificatif d'hébergement ou domiciliation dans un tel établissement.

- Dans le cas d'une personne relevant de ces deux situations simultanément, c'est le tarif minoré pour invalidité qui est retenu.

Bénéficiaires relevant du régime local d'Alsace-Moselle - Extraits des tarifs de base TTC

Âge	ACCES'	BASIC'	CONFORT'	DYNAMIC'	ÉTENDU'
24 ans	15,43 €	17,53 €	25,17 €	29,90 €	40,66 €
25 ans	15,97 €	18,14 €	26,18 €	31,10 €	42,16 €
31 ans	19,24 €	21,83 €	32,22 €	38,37 €	51,17 €
43 ans	24,93 €	28,31 €	40,86 €	48,58 €	65,69 €
52 ans	27,92 €	31,69 €	45,02 €	55,49 €	77,27 €
66 ans	33,99 €	38,59 €	54,10 €	65,66 €	89,30 €
75 ans	39,50 €	44,84 €	63,61 €	76,27 €	99,58 €
81 ans	43,61 €	49,51 €	72,32 €	85,04 €	108,91 €



Réductions familiales

À partir de 2 bénéficiaires sur le même contrat familial, la réduction ci-dessous s'applique à la somme des cotisations individuelles, après application des tarifs minorés le cas échéant.

Seuls les 2 premiers enfants, par ordre de naissance, se voient appliquer une cotisation. Les enfants suivants sont couverts sans cotisation supplémentaire.

	2 bénéficiaires	3 bénéficiaires	4 bénéficiaires
Réduction appliquée	5%	5%	10%



GARANTIES PERS. POLYHANDICAPÉES EN ÉTABLISSEMENT

Conditions d'adhésion

- Relever d'un régime de Sécurité sociale français,
- Résider en Maison d'Accueil Spécialisé, Foyer d'Accueil Médicalisé ou Institut Médico Éducatif.

Cotisation mensuelle TTC par bénéficiaire relevant du régime général ou assimilé : 38 €.

GARANTIES SENIORS EN EHPAD

Conditions d'adhésion

- Relever d'un régime de Sécurité sociale français,
- Résider en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Cotisations mensuelles TTC par bénéficiaire (tous régimes d'assurance maladie)

Par bénéficiaire	ÉCO	ÉCO RENFORCÉE	STANDARD	PLUS	MAX
Sans option Pharmacie	33,26 €	53,09 €	63,94 €	82,78 €	97,12 €
Avec Option Pharmacie	42,35 €	62,19 €	73,04 €	91,88 €	106,11 €



GARANTIES EN INCLUSION

Les cotisations des garanties en inclusion sont réglées dans les mêmes conditions et périodicités que la cotisation complémentaire santé.

- Intégrance Assistance (Voir l'article 13 du Règlement mutualiste et la Notice d'information Intégrance Assistance)

La cotisation de la garantie « Intégrance Assistance » incluse dans toutes les garanties complémentaire santé s'élève, au 1er janvier 2012 à 6,36 €TTC par an et par chef de famille.

- Intégrance Frais d'Obsèques (Voir l'article 14 du Règlement mutualiste et de la Notice d'information Intégrance Frais d'Obsèques)

La cotisation de la garantie « Intégrance Frais d'Obsèques » incluse dans certaines garanties complémentaire santé est indiquée dans les annexes de la Notice d'information Intégrance Frais d'Obsèques.



INFORMATIONS DIVERSES

Taxes applicables aux cotisations complémentaire santé*

Au 1^{er} janvier 2012, les cotisations complémentaire santé sont soumises :

- à la Taxe sur les Conventions d'Assurance (TCA) au taux de 7% pour les contrats « solidaires et responsables »,
- à la Taxe CMU au taux de 6,27%.

Celles-ci ne s'appliquent que sur la partie de cotisation relative à la complémentaire santé, c'est-à-dire hors cotisations « Intégrance Assistance » et « Intégrance Frais d'Obsèques » le cas échéant.

Les cotisations ci-dessus indiquées comprennent ces taxes.

Chaque année, l'adhérent reçoit un avis d'appel de cotisation qui mentionne le montant de la cotisation complémentaire santé « Hors Taxes » (HT) et « Toutes Taxes Comprises » (TTC).

* en application des dispositions législatives et réglementaires connues à la date du 22/10/2011.

Chèque santé et déduction fiscale

- Les garanties « complémentaire santé » proposées par Intégrance sont compatibles avec le « Chèque Santé ». La cotisation de l'adhérent qui en bénéficie est minorée de cette aide financière.

- Les garanties Néo Solidarité sont éligibles au dispositif de la loi n°94-126 (loi Madelin) dans le cadre du contrat groupe souscrit avec l'ANPPI, qui permet aux « travailleurs non salariés » de bénéficier de la déductibilité de leurs cotisations complémentaire santé. La cotisation d'adhésion à l'ANPPI (1,50 € / an) est appelée en même temps que la cotisation Santé.

Garanties fermées aux adhésions

Les garanties «standard» ci-dessous sont fermées aux adhésions depuis le 1^{er} janvier 2011. Toutefois, les adhésions à ces garanties ayant pris effet antérieurement sont maintenues et se renouvellent annuellement dans les conditions prévues aux articles 3 et 6 du présent règlement.

- Garanties Solidarité
- Garanties Handicap Moteur
- Garanties Handicap Auditif
- Garanties Handicap Psychique
- Garanties Cécité
- Garanties Cécité option optique
- Garanties Malvoyance
- Garanties Insuffisance Rénale
- Garanties Insuffisance Respiratoire
- Garanties Professionnels
- Garanties Top Santé Maxi
- Garanties Jeunes
- Garanties Age d'Or

Notice d'information

Intégrance Assistance



Lorsqu'un accident, une maladie (soudaine, imprévisible et aiguë), ou un décès surviennent, l'organisation de la vie familiale peut être bouleversée.

Afin de vous aider à la réorganiser, Intégrance vous propose le service « Assistance à Domicile » Intégrance Assistance.

Du fait de leur handicap, certains adhérents nécessitent un accompagnement spécifique lors de certains événements importants de leur vie.

Par ce service, qui renforce chacune de ses garanties Complémentaire Santé, votre mutuelle réaffirme sa vocation à faire preuve de solidarité et de professionnalisme pour protéger ses adhérents en toutes circonstances.

1) Définitions

> Intégrance Assistance est un contrat collectif d'assistance à domicile souscrit par la mutuelle Intégrance (le souscripteur) auprès de FIDELIA Assistance (l'assureur) au bénéfice de l'ensemble de ses adhérents en Complémentaire Santé (les bénéficiaires), quelle que soit la garantie souscrite.

> Assureur : FIDELIA Assistance, société anonyme au capital de 21 593 600 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, RCS NANTERRÉ n°377 768 601, dont le siège social est situé 27 Quai Carnot – 92210 SAINT-CLOUD.

> Bénéficiaire : Toute personne domiciliée en France métropolitaine adhérente de la Mutuelle Intégrance, ainsi que les personnes vivant sous son toit (son conjoint de droit ou de fait, ainsi que leurs enfants et ascendants fiscalement à charge).

> Aidant : Personne physique ayant la qualité d'adhérent, qui assiste bénévolement un proche dans la prise en charge de son état de dépendance.

> Domicile : lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent.

2) Conditions d'application des garanties d'assistance

a) Intervention

Intégrance Assistance intervient 24 h/24 h et 7j/7 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires, soit :
- par téléphone au numéro cristal :

0 969 320 015 (numéro non surtaxé),

- par SMS au :

06 73 05 80 60, exclusivement réservé à l'adhérent Sourd ou Malentendant pour demander l'intervention d'Intégrance Assistance,

- par fax au :

01 47 11 12 97,

- par e-mail à :

integranceassistance@fidelia-assistance.fr

b) Validité des garanties

Les garanties d'Assistance s'exercent en France métropolitaine, à l'exception de la garantie « Raptatriement en cas de fugue » [article 6.6] qui s'exerce également à l'étranger, pendant toute la durée de l'adhésion à l'une des garanties santé proposées par la Mutuelle Intégrance.

Elles cessent de plein droit, en cas de résiliation par l'adhérent de son adhésion à la Mutuelle Intégrance, pour tout événement survenu ultérieurement.

Toutefois les interventions engagées avant la résiliation sont menées à leur terme.

c) Faits générateurs

Sauf mention contraire, Intégrance Assistance intervient, en cas d'urgence médicale, c'est-à-dire, lorsque le bénéficiaire est victime d'une maladie soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) ou d'un accident corporel nécessitant une hospitalisation ou une immobilisation au domicile. Ces garanties s'appliquent également en cas de décès.

Les garanties suivantes peuvent s'appliquer hors urgence médicale :

- Remboursement des frais de location de TV [article 5.3] ;

- Les garanties en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie [article 5.4] ;

- Les garanties en cas de décès de l'un des bénéficiaires [article 5.5] ;

- Mise à disposition d'un service de Téléassistance « Prévilif » [article 4.6 et 4.7] ;

- La garantie Aide aux « Aidants » [article 5.6] ;

- Les garanties médicales [article 5.8] ;

- Les garanties d'informations administratives, sociales, juridiques et vie pratique [article 5.10] ;

- Aide à la Maternité ou Paternité (article 6.2) ;
- Instructeur ou professeur de locomotion (article 6.4) ;
- Auxiliaire de vie sociale (article 6.5) ;
- Rapatriement en cas de fugue (article 6.6) ;
- Accompagnement pour des examens médicaux (article 6.9) ;
- Prise de rendez-vous avec le médecin traitant ou un auxiliaire médical (article 6.10) ;
- Rapatriement au domicile en cas de bris, perte, panne de la canne blanche ou d'accident du chien guide ou du chien d'assistance (Article 6.11) ;
- Rapatriement de la personne handicapée mentale ou psychique (Article 6.13) ;
- Rapatriement de l'adhérent handicapé moteur (Article 6.14).

Ces prestations d'assistance trouvent à s'appliquer au cours des multiples difficultés que peuvent rencontrer les bénéficiaires dans leur vie quotidienne. Elle n'a pas pour autant vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale.

L'application de ces garanties est appréciée par Intégrance Assistance pour ce qui concerne leur durée et le montant de leur prise en charge, en fonction de la nature et de la gravité de l'évènement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés à l'adhérent et son entourage.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par Intégrance Assistance ou en accord préalable avec elle. Elles ne doivent aucunement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Intégrance Assistance ne participe pas aux dépenses que l'adhérent engage de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser l'adhérent qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, Intégrance Assistance appréciera leur prise en charge possible, sur justificatifs.

d) Pièces justificatives

Intégrance Assistance se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...) De la même façon, Intégrance Assistance pourra demander à l'adhérent ou à son conjoint, ou à son concubin, l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants ou malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

e) Accès aux données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à FIDELIA Assistance afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations sont uniquement transmises aux prestataires de FIDELIA Assistance sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à la Mutuelle INTEGRANCE. Elles pourront, le cas échéant, être transmises hors de l'Union Européenne.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès de FIDELIA Assistance / INTEGRANCE, 27 quai Carnot, 92210 Saint-Cloud.

f) Subrogation

FIDELIA Assistance est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée dans les droits et actions de l'adhérent contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par FIDELIA Assistance, c'est-à-dire que FIDELIA Assistance effectue, en lieu et place de l'adhérent, les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

g) Prescription

Toutes les actions dérivant de la présente convention d'assistance ne sont plus recevables au-delà d'une période de 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Le délai de prescription s'interrompt notamment par l'envoi d'une lettre recommandée de l'adhérent à Intégrance Assistance ou par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre.

3) Limitations à l'application des garanties d'assistance

a) Déclaration mensongère

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, Intégrance Assistance réclamera à l'adhérent, s'il y a lieu, le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

b) Infraction

Intégrance Assistance n'est pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire a commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

c) Force majeure

Intégrance Assistance ne pourra pas être tenue responsable des manquements ou contretemps résultant de cas de force majeure ou d'évènement tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, manquement ou contretemps à l'exécution de ses interdictions officielles, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

4) Garanties d'assistance à domicile

A) En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours, Intégrance Assistance organise et prend en charge :

4.1 Présence d'un proche au chevet d'un patient bénéficiaire

Le déplacement d'un proche désigné par l'adhérent, en train 1^{ère} classe ou en avion de ligne, classe économique, à compter du 1^{er} jour, ainsi que l'hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners compris, à concurrence de 100 €.

4.2 Aide ménagère¹

La venue d'une aide ménagère et le coût de cette garantie, à concurrence de 8 heures réparties sur une période de 10 jours pendant ou après l'hospitalisation ou l'immobilisation de l'adhérent au domicile, s'il y a lieu, dès le 1^{er} jour afin de venir en aide à l'adhérent ou aux proches demeurant au domicile.

Le plafond de la garantie peut être porté à 12 heures sur la même période si l'hospitalisation ou l'immobilisation est supérieure à 15 jours ou en cas de présence de jeunes enfants de moins de 8 ans ou d'une personne handicapée ou dépendante (enfant ou conjoint) au domicile.

¹ Cette garantie s'applique également en cas de maternité de plus de 8 jours ou du décès de l'adhérent ou de son conjoint à concurrence de 12 heures réparties sur une période de 10 jours.

4.3 Transfert et Garde des animaux domestiques²

Le transport et l'hébergement des animaux vivant au domicile de l'adhérent, dans la limite de 30 jours dès le 1^{er} jour de l'évènement.

² Cette garantie s'applique de façon identique en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

B) En cas d'hospitalisation immédiate et imprévue ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours, Intégrance Assistance organise et prend en charge :

4.4 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans)¹

4.5 Prise en charge des ascendants²

Lorsque l'adhérent est hospitalisé ou immobilisé, et que, ni lui ni son conjoint ou concubin ne sont en mesure de s'occuper de leurs enfants ou ascendants vivant au domicile, Intégrance Assistance organise et prend en charge :

> Soit le déplacement A/R d'un proche désigné par l'adhérent ou son conjoint ou concubin pour s'occuper des enfants ou ascendants au domicile (train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique) ;

> Soit le voyage A/R en France métropolitaine des ascendants ou des enfants et de l'adulte les accompagnant ou du prestataire conventionné Intégrance Assistance si nécessaire, en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir ;

> Dans l'hypothèse où aucune de ces solutions ne saurait convenir, Intégrance Assistance organise et prend en charge la garde des enfants ou ascendants au domicile par un intervenant qualifié, dans la limite de 30 heures réparties sur 30 jours à compter de la date de l'évènement.

En remplacement de la garde des enfants, Intégrance Assistance peut organiser et prendre en charge leur conduite à l'école et leur retour au domicile, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période de 30 jours.

> Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue dans les mêmes conditions.

¹ Cette garantie s'applique de façon identique en cas de maternité de plus de 8 jours ou de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

² Cette garantie s'applique de façon identique en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

C) En cas d'hospitalisation d'un adhérent âgé de plus de 70 ans :

4.6 Service de Téléassistance médicalisée

Si l'adhérent est âgé de plus de 70 ans et qu'il se trouve isolé pendant sa convalescence après une hospitalisation de longue durée (+ de 10 jours), Intégrance Assistance met gracieusement à sa disposition un appareil de Téléassistance « Pré-vifil » pendant une durée de 3 mois.

Cette garantie s'applique pour toute hospitalisation dès que l'adhérent est âgé de plus de 80 ans. Au-delà de cette période, l'adhérent aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement à tarif préférentiel.

4.7 Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de Téléassistance

En cas de demande par l'adhérent d'une aide éventuelle au financement d'un service de Téléassistance, Intégrance Assistance fait réaliser une évaluation par téléphone de la situation de l'adhérent par une assistante sociale qui l'aidera à organiser ses démarches auprès des organismes appropriés en prenant contact, s'il le souhaite, avec lesdits organismes ou services sociaux concernés (Mairie, Caisse de retraite, Conseil Général...).

D) En cas d'enfants malades ou accidentés :

4.8 En cas d'immobilisation d'une durée supérieure à 2 jours des enfants malades ou accidentés au domicile, Intégrance Assistance organise et prend en charge :

- > Le déplacement A/R d'un proche désigné par l'adhérent ou son conjoint ou concubin pour s'occuper des enfants au domicile (train 1ère classe ou avion de ligne classe économique) ;
- > Dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait à s'appliquer, leur garde au domicile par un intervenant qualifié, dans la limite de 30 heures réparties sur 30 jours à compter de la date de l'évènement.

4.9 Ecole à domicile

Si, à la suite d'un accident ou en raison d'une maladie imprévue, l'enfant de l'adhérent est immobilisé au domicile pour une durée de plus de 2 semaines, Intégrance Assistance organise et prend en charge dès le 1er jour son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire ou du secondaire, sous forme de cours particuliers donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés. La garantie s'applique en tout état de cause jusqu'à la fin de l'année scolaire au plus tard.

E) En cas d'hospitalisation d'un enfant âgé de moins de 16 ans :

4.10 Présence d'un proche

Si l'enfant de l'adhérent est hospitalisé à plus de 50 Km du domicile, Intégrance Assistance met gratuitement à la disposition d'un proche parent, résidant en France métropolitaine, un titre de transport A/R pour se rendre au chevet de l'enfant

hospitalisé. De plus, Intégrance Assistance prend en charge, sur justificatifs, les frais d'hébergement sur place pendant 7 nuits, à concurrence de 50 € par nuit.

4.11 Garde des autres enfants

Si l'un des enfants de l'adhérent est hospitalisé à la suite d'une maladie ou d'un accident corporel, et que son état nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que, ni l'adhérent, ni son conjoint ou concubin ne sont en mesure de s'occuper des autres enfants vivant au domicile. Intégrance Assistance organise et prend en charge :

- > Le déplacement A/R d'un proche parent résidant en France métropolitaine désigné par l'adhérent ou son conjoint ou concubin pour s'occuper des autres enfants (train 1ère classe ou avion de ligne classe économique) ;

- > Le voyage A/R en France métropolitaine des autres enfants et de l'adulte les accompagnant ou du prestataire conventionné Intégrance Assistance si nécessaire, en train 1ère classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir ;

- > Dans l'hypothèse où aucune de ces solutions ne saurait convenir, Intégrance Assistance organise et prend en charge la garde des autres enfants au domicile par un intervenant qualifié, dans la limite de 10 heures par jour réparties sur 2 jours consécutifs et éventuellement complétée par leur accompagnement à l'école ;

- > Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, Intégrance Assistance organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des autres enfants au domicile par l'un de ses prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 2 journées.

- > Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue dans les mêmes conditions.

5) Garanties complémentaires

5.1 Transmission de messages urgents

En cas de nécessité, Intégrance Assistance se charge de transmettre des messages urgents à la famille de l'adhérent.

5.2 Prise en charge des enfants en cas d'arrêt de travail de la « garde d'enfants »

Si la personne salariée, en charge des enfants lorsque l'adhérent travaille, a un problème de santé imprévu (hospitalisation imprévue de plus de 24 heures ou immobilisation au domicile su-

périure à 48 heures) consécutif à une maladie soudaine ou à un accident corporel, Intégrance Assistance organise et prend en charge :

> Le déplacement A/R d'un proche parent résidant en France métropolitaine pour s'occuper des enfants au domicile (train 1ère classe ou avion de ligne classe économique) ;

> Le voyage A/R en France métropolitaine des enfants et de l'adulte les accompagnant ou du prestataire conventionné Intégrance Assistance si nécessaire, en train 1ère classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir ;

> Dans l'hypothèse ou aucune de ces solutions ne saurait convenir, Intégrance Assistance organise et prend en charge la garde des enfants au domicile par un intervenant qualifié, dans la limite de 30 heures sur 3 jours ouvrés consécutifs au maximum ;

5.3 Remboursement des frais de location d'un téléviseur

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire, Intégrance Assistance prend en charge les frais de location d'un téléviseur pour une durée maximale d'un mois. Les demandes de remboursement sont à adresser après l'hospitalisation à :

Intégrance Assistance / Fidélia
27 quai Carnot
92210 SAINT CLOUD

accompagnées de l'original de la facture ou du justificatif de la location du téléviseur, de la copie du bulletin d'hospitalisation (en indiquant, le cas échéant, le numéro de dossier d'assistance attribué).

5.4 En cas de radiothérapie ou chimiothérapie¹

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie ou chimiothérapie en établissement hospitalier ou à domicile, Intégrance Assistance met une aide ménagère à la disposition de l'adhérent ou de son conjoint ou concubin.

Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 12 heures

¹ Les garanties relatives à la prise en charge des enfants de moins de 16 ans et des ascendants, telles que définies aux articles 4.4 et 4.5 sont également applicables.

5.5 En cas de décès

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, Intégrance Assistance peut apporter toute information utile aux proches vivant au domicile (dispositions à prendre, démarches relatives aux dons

d'organes, à la crémation, à la succession...), assister la famille dans l'organisation des obsèques et faire l'avance des frais s'y rapportant. La somme avancée devra être remboursée dans un délai de 30 jours.

5.6 En cas de situation de perte d'autonomie ou de handicap d'un proche dont l'adhérent à la charge

5.6.1 Aide aux aidants

> Informations / Orientation : Intégrance Assistance communique à l'adhérent « aidant » toutes les informations et les démarches consécutives à l'entrée en dépendance d'un proche, les différentes pistes de soutien et de formation, les associations d'aidants, les sites spécialisés et met éventuellement en contact l'adhérent avec les organismes concernés.

> Soutien psychologique :

Sur simple appel de l'adhérent « aidant », Intégrance Assistance organise et prend en charge des consultations avec un psychologue clinicien pour apporter un soutien psychologique à l'adhérent :

- Accueil et consultation psychologique

Intégrance Assistance met à la disposition de l'adhérent un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone d'une durée moyenne de 45 minutes et prend en charge le coût de cette consultation ainsi que les frais de téléphone.

- Suivi psychologique.

À la suite de cette 1^{ère} consultation téléphonique et selon le diagnostic établi, l'adhérent peut bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum et dont Intégrance Assistance assume la prise en charge :

- Soit par téléphone auprès du même psychologue,

- Soit au Cabinet d'un des psychologues cliniciens agréés par Intégrance Assistance, proche du domicile de l'adhérent ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue choisi par l'adhérent, Intégrance Assistance rembourse, sur justificatif, une consultation dans la limite de 60 €, les frais de transport restant à la charge de l'adhérent.

> Exclusions relatives à l'accompagnement psychologique

- Pour un suivi psychologique alors que l'adhérent est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,

- Dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu hospitalier,
- Pour les consultations et le suivi psychologique en dehors de la France métropolitaine.

5.6.2 Prise en charge temporaire de la personne dépendante

Intégrance Assistance aide à l'organisation des prestations appropriées (garde malade, aide-soignante), lorsque l'adhérent « aidant » doit s'absenter (vacances, prises de repos...) ou s'il est victime d'un aléa de santé. L'intervention d'Intégrance Assistance ne porte pas sur le financement de la prise en charge temporaire.

5.6.3 Aidant de « remplacement »

Si l'adhérent « aidant » ne peut assurer son rôle suite à une hospitalisation de plus de 24 heures ou une immobilisation à son domicile de plus de 48 heures, consécutives à une maladie soudaine et imprévisible ou à un accident corporel, Intégrance Assistance organise et prend en charge :

- > soit la venue d'une auxiliaire de vie sociale ou d'une aide à domicile (selon la situation de l'adhérent) à concurrence de 10 heures par jour pendant 3 jours maximum ;
- > soit le transfert A/R d'un proche parent résidant en France métropolitaine pour garder la personne dépendante dont l'adhérent a la charge en temps normal.

5.6.4. Organisation de services domestiques

Selon les besoins, Intégrance Assistance recherche et met en relation l'adhérent « aidant » avec des prestataires qualifiés et agréés « Service à la Personne » (ménage, courses, portage de repas, petits travaux d'entretien...).

5.7 En cas d'atteinte corporelle grave ou de décès

Si un grave problème de santé (maladie ou accident) ou le décès de l'adhérent ou de son conjoint vient à affecter le foyer de l'adhérent, Intégrance Assistance peut l'aider à surmonter l'épreuve en le faisant bénéficier des prestations d'accompagnement suivantes :

> Accompagnement Médico-social

Mise en relation avec une Assistante Sociale pour réaliser un bilan de la situation du foyer, informer, conseiller et assister l'adhérent, ou son conjoint survivant, dans les démarches auprès des organismes appropriés.

> Accompagnement psychologique

Intégrance Assistance met à la disposition de l'adhérent, ou de son conjoint survivant, un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone.

À la suite de cette 1^{ère} consultation téléphonique et selon le diagnostic établi, l'adhérent peut bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum dont Intégrance Assistance prend en charge le coût des consultations :

- Soit par téléphone auprès du même psychologue,
- Soit au Cabinet d'un des psychologues cliniciens agréés par Intégrance Assistance, proche du domicile de l'adhérent ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue du choix de l'adhérent, Intégrance Assistance rembourse, sur justificatif, une consultation dans la limite de 60 €, les frais de transport restant à la charge de l'adhérent.

> Exclusions relatives à l'accompagnement psychologique

- Pour un suivi psychologique alors que l'adhérent est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
- Dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu hospitalier,
- Pour les consultations et le suivi psychologique en dehors de la France métropolitaine.

5.8 Garanties médicales

Hors urgence médicale et en cas d'absence du médecin traitant, les médecins d'Intégrance Assistance peuvent apporter à l'adhérent des conseils 24 heures/24 et 7 jours /7. En aucun cas, il ne peut s'agir de consultations médicales par téléphone.

> Recherche d'un médecin

En cas d'absence ou indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, Intégrance Assistance peut aider l'adhérent à rechercher un médecin.

> Recherche d'infirmière ou d'intervenants paramédicaux

De la même façon, Intégrance Assistance peut, sur prescription médicale, aider l'adhérent dans la recherche d'une infirmière ou d'intervenants paramédicaux en dehors des cabinets et officines.

> Transport en ambulance

Hors urgence médicale, Intégrance Assistance

organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire en ambulance ou véhicule sanitaire léger entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, Intégrance Assistance organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge de l'adhérent.

> **Livraison de médicaments**

Lorsque ni le patient bénéficiaire ni l'un de ses proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, Intégrance Assistance se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile du patient et de les lui livrer. Le prix des médicaments demeure à la charge du patient.

5.9 Prolongement des garanties

Lorsque des prestations mises en œuvre et prises en charge par Intégrance Assistance prennent fin, Intégrance Assistance propose, aux adhérents qui le souhaitent, le prolongement de ces prestations, sous son contrôle, par la mise en relation avec les intervenants agréés par Intégrance Assistance. Le montant de ces prestations reste dès lors à la charge de l'adhérent.

5.10 Informations administratives, sociales, juridiques et vie pratique

Afin d'aider les adhérents souhaitant obtenir des informations à caractère général, Intégrance Assistance s'efforce d'orienter les appelants vers les services appropriés, ou de rechercher et communiquer par téléphone les informations suivantes, de 9 heures à 19 heures du lundi au vendredi sauf jours fériés.

> **Famille** : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, filiation, nationalité, incapables mineurs ou majeurs, ascendants à charge, divorce, pension alimentaire hors divorce, prestations familiales, PACS ;

> **Enseignement** : établissements scolaires, séjours linguistiques, aides financières pour scolaires, étudiants, téléenseignement, orientation pédagogique, université ;

> **Santé** : don du sang ou d'organes, dossiers médicaux, médecin scolaire, responsabilité médicale ou paramédicale, Sécurité sociale ;

> **Droit du travail** : travail temporaire, travail à domicile, travail à temps partiel, contrat de travail, fonction publique, licenciement, chômage, accident du travail ;

> **Formation** : congé individuel de formation, contrat

de qualification, contrat d'orientation, stages ;

> **Retraite** : retraite de base et complémentaire, modalités de départ, réversion, préretraite, travail pendant la retraite, prestations familiales, aides sociales ;

> **Succession** : donations, héritiers réservataires, testament, succession sans testament, droits du conjoint survivant ;

> **Fiscalité, administration** : impôts, administration, traitements et salaires, revenus fonciers, plus-values, charges déductibles, déclarations, impôts locaux, paiements, contrôles, réclamations ;

> **Justice** : auxiliaires de justice, comment obtenir une aide juridique, juridictions pénales, civiles et administratives ;

> **Habitation, logement** : baux d'habitation, contrats, accession à la propriété, achat ou vente d'un bien immobilier, copropriété, permis de construire, formalités, certificat de conformité, rénovation (artisans), garantie décennale, litiges de chantiers, relations de voisinage ;

> **Location** : contrat de location, locations meublées, locations saisonnières, loyer, travaux, réparations, fin du bail et ses conséquences, contestations et litiges ;

> **Banque, crédit** : cartes bancaires, chèques, autres moyens de paiement, incidents d'utilisation (perte, vol), opposition, découverts, crédit (fonctionnement, types de crédits), placements, litiges ;

> **Consommation** : litiges avec un commerçant, une entreprise ou un artisan, litiges avec un prestataire de services (agence de voyage, hôtel, restaurant, pressing, teinturerie, déménageurs, vendeurs d'ordinateurs et téléphones mobiles) ;

> **Automobile** : vente, achat à un professionnel ou un particulier, vices cachés, location, contrôle technique, carte grise, garagistes (responsabilité, entretien, factures), permis de conduire (suspension, documents administratifs) ;

> **Vie pratique** : enseignement, formation, formalités, cartes, permis, relations avec l'administration ;

> **Vacances à l'étranger** : vaccinations, formalités, visas.

6) Garanties d'assistance spécifiques aux personnes handicapées

6.1) Transfert et garde du chien guide ou chien d'assistance

En cas d'hospitalisation de l'adhérent handicapé visuel ou moteur disposant d'un chien guide d'aveugle ou d'un chien d'assistance, à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine, impré-

visible et aiguë (non chronique) sur la voie publique, Intégrance Assistance organise et prend en charge son transfert et sa garde, pendant 30 jours maximum, dans une pension animalière agréée. À l'issue des 30 jours (prolongation de l'hospitalisation ou décès de l'adhérent), son transfert chez une personne référente désignée par l'adhérent ou son conjoint ou concubin (proche ou école de dressage) sera également pris en charge.

6.2) Aide à la Maternité ou Paternité

En cas d'hospitalisation de l'adhérent handicapé visuel, auditif, mental, psychique ou moteur ou de son conjoint ou concubin dans le cadre d'un accouchement, Intégrance Assistance met à disposition un intervenant qualifié pendant 8 heures maximum dans les 30 jours suivant la naissance. Cette personne viendra à la maternité ou au domicile afin d'accompagner l'adhérent dans l'apprentissage des premiers gestes liés à la maternité ou à la paternité.

6.3) Aide aux démarches administratives

En cas d'accident corporel ou de maladie soudaine imprévisible et aiguë (non chronique) entraînant une hospitalisation ou une immobilisation d'une durée supérieure à 2 jours de la personne habituellement en charge des démarches administratives (courrier...) de l'adhérent handicapé visuel, Intégrance Assistance organise et prend en charge la venue d'une aide au domicile, pendant 8 heures maximum sur les 30 jours suivant le début de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

6.4) Instructeur ou professeur de locomotion

En cas de déménagement ou de changement d'emploi de l'adhérent handicapé visuel, de son conjoint ou de son concubin, nécessitant l'apprentissage du nouvel environnement, ou en cas d'indisponibilité du chien guide de l'adhérent handicapé visuel ou de celui de son conjoint ou concubin, pour une durée prévisible de 30 jours minimum, Intégrance Assistance organise la venue d'un instructeur ou d'un professeur de locomotion et prend en charge le coût de cette garantie à concurrence de 8 heures dans les 30 jours qui suivent le déménagement, le changement d'emploi ou l'indisponibilité du chien guide. Il aidera l'adhérent à prendre de nouveaux repères en l'accompagnant lors de ses trajets (préavis de 15 jours requis pour l'intervention).

6.5) Auxiliaire de vie sociale

À la suite d'une crise, médicalement établie, de l'adhérent handicapé mental ou psychique, provoquant une perte d'autonomie temporaire et une immobilisation d'une durée supérieure à 3 jours au domicile, Intégrance Assistance organise et prend en charge la venue d'un auxiliaire de vie sociale au domicile pour aider l'adhérent, à concurrence de 8 heures par crise, dans les 30 jours qui suivent le retour au domicile suite à une hospitalisation ou le début de l'immobilisation au domicile.

6.6) Rapatriement en cas de fugue

Lorsqu'à la suite d'une fugue, déclarée à la police ou à la gendarmerie, l'adhérent handicapé mental ou psychique ou l'enfant handicapé mental ou psychique de l'adhérent est retrouvé, en France ou à l'étranger, Intégrance Assistance organise et prend en charge sur demande du bénéficiaire, des proches ou du représentant légal, et avec l'accord du bénéficiaire, son rapatriement au domicile ou dans un établissement spécialisé proche du domicile, par le moyen le plus adapté, ainsi que les frais de transport d'un accompagnateur agréé ou désigné par la famille proche ou le représentant légal.

6.7) Accompagnateur à l'école

En cas de maladie soudaine imprévisible et aiguë (non chronique) ou d'accident corporel entraînant une immobilisation ou une hospitalisation d'une durée supérieure à 2 jours de l'accompagnateur habituel de l'enfant handicapé et en l'absence de relais familial, Intégrance Assistance organise et prend en charge le transport de l'enfant à l'école et le retour au domicile (5 A/R maximum par événement), par le moyen le plus adapté (ambulance, VSL, mise à disposition d'un conducteur en mesure de conduire un véhicule adapté si la famille dispose d'un tel véhicule pour les enfants handicapés moteur).

6.8) Présence d'une personne de compagnie

En cas de maladie soudaine et imprévisible ou d'accident corporel entraînant une hospitalisation d'une durée supérieure à 2 nuits de l'adhérent handicapé ou de l'enfant handicapé de l'adhérent et nécessitant la présence constante d'une personne à son chevet, Intégrance Assistance organise et prend en charge la venue d'un auxiliaire de vie sociale qui tiendra compagnie (discussion, lecture, jeu de société à l'exclusion des soins et

de toute autre prestation) à l'adhérent handicapé hospitalisé pendant les horaires autorisés de visite [jusqu'à 16 heures sur une période maximale de 30 jours et limitée à une hospitalisation par an].

6.9) Accompagnement pour des examens médicaux

En cas d'impossibilité pour l'adhérent se déplaçant en fauteuil roulant, de se rendre seul sur son lieu d'examen à l'hôpital ou dans un cabinet de radiographie pour la réalisation de radiographies, scanners, IRM ou tout autre examen médical, dans le cadre de soins externes,

et lorsqu'aucun proche ne peut l'accompagner,

et lorsque le lieu d'examen se situe à moins de 50 km du domicile,

et lorsque l'adhérent doit être déplacé, soulevé, manipulé au cours de l'examen, Intégrance Assistance organise et prend en charge le transport aller et retour de l'adhérent du domicile vers le lieu d'examen par le moyen le plus adapté et met à disposition un intervenant qualifié qui l'assistera sur le lieu de l'examen.

Cette garantie est prise en charge à concurrence de 4 heures par examen, dans la limite de deux fois par an.

6.10) Prise de rendez-vous avec le médecin traitant ou un auxiliaire médical

Lorsque l'adhérent sourd ou malentendant ou son conjoint ou concubin, doit prendre rendez-vous avec son médecin traitant ou un auxiliaire médical, Intégrance Assistance peut prendre ce rendez-vous à la place de l'adhérent. L'adhérent peut ainsi solliciter Intégrance Assistance par fax, SMS ou mail en lui communiquant les coordonnées du médecin traitant ou de l'auxiliaire médical et la date souhaitée.

Intégrance Assistance se charge alors de contacter le professionnel de santé pour une prise de rendez-vous et confirme en retour à l'adhérent la date et l'heure par SMS.

6.11) Rapatriement au domicile en cas de bris, perte, panne de la canne blanche ou d'accident du chien guide ou du chien d'assistance

En cas de bris, perte, panne de la canne blanche de l'adhérent handicapé visuel ou d'accident de son chien guide, ou en cas d'accident du chien d'assistance de l'adhérent handicapé moteur, Intégrance Assistance organise et prend en charge son retour au domicile en taxi, train 1ère classe, avion de ligne classe économique ou met à disposition un accompagnateur.

6.12) Interprète en Langue des Signes Française

En cas d'hospitalisation suite à un accident corporel, à une maladie soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique), à un accouchement, ou lors de consultations ou échographies liées à une grossesse de l'adhérent sourd ou malentendant ou de son conjoint ou concubin, Intégrance Assistance organise et prend en charge la mise à disposition d'un interprète en Langue des Signes Française, dans la limite de 8 heures par événement, pour aider à la compréhension médicale entre l'adhérent et les professionnels de santé.

6.13) Rapatriement de la personne handicapée mentale ou psychique

En cas de trouble du comportement de l'adhérent handicapé mental ou psychique ou de l'enfant handicapé mental ou psychique de l'adhérent sur son lieu de vacances (difficultés d'adaptation), Intégrance Assistance organise et prend en charge, sur demande de l'adhérent, des proches ou du représentant légal, son retour, par le moyen le plus adapté (train, taxi, avion de ligne classe économique), au domicile ou dans un établissement spécialisé proche du domicile, ainsi que celui d'un accompagnant agréé ou désigné par l'adhérent, les proches ou le représentant légal.

6.14) Rapatriement de l'adhérent handicapé moteur

En cas de défaillance du fauteuil roulant de l'adhérent handicapé moteur lors d'un déplacement à plus de 5 km de son domicile, Intégrance Assistance organise et prend en charge, par le moyen le plus adapté (train 1ère classe, taxi, avion de ligne classe économique), le retour au domicile de l'adhérent et de son fauteuil roulant.

Si la défaillance du fauteuil roulant intervient sur un lieu de séjour prolongé de l'adhérent (vacances...), Intégrance Assistance peut également aider celui-ci dans la recherche (sans prise en charge) de solutions de dépannage sur place : recherche de réparateurs spécialisés, organisation de l'acheminement de pièces de remplacement, etc.

mutuelle
intégrance

L'esprit de solidarité

TELEPHONE **09 69 320 325**
appel non surtaxé

Fax : 01 42 62 02 47 / contact@integrance.fr / www.integrance.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900.

Siège social : 89, rue Damrémont - 75882 Paris cedex 18. Toutes marques déposées.

Ref : CAHIND / 148 500ex. / Oct. 2011

