

VIACAMPUS

LA GARANTIE SANTÉ ÉTUDIANT DE **viasanté**

LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE



STATUTS & RÈGLEMENTS

SOMMAIRE

STATUTS	p. 2 - 8
Règlement Mutualiste VIACAMPUS.....	p. 9 - 15
Tableau des garanties.....	p. 16
Glossaire	p. 17

ÉDITION 2020

TITRE I - Formation, objet et composition de la mutuelle

CHAPITRE I FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Art. 1 - Dénomination

Il est constitué une mutuelle dénommée VIASANTÉ Mutuelle, ci-après désignée « la Mutuelle », personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité et immatriculée auprès du Secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité sous le n° SIREN 777 927 120.

Art. 2 - Siège

Le siège de la Mutuelle est situé : 104-110, boulevard Haussmann 75008 Paris.

Art. 3 - Objet

La Mutuelle mène, au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie notamment en réalisant les opérations d'assurance prévues à l'article R. 211-2 du code de la mutualité et classées dans les branches d'activité suivantes :

1. Accidents
2. Maladie
20. Vie décès
21. Nuptialité-natalité

La Mutuelle a pour objet :

- de réaliser les opérations d'assurance suivantes :
 - couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie,
 - contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine,
 - verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants,
 - d'accepter les opérations ci-dessus en réassurance,
- de participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L. 611-3, L. 611-20, du code de la Sécurité sociale et des articles L. 723-2, L. 731-30, L. 741-23, L. 741-25 à L. 742-3 du code rural et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'état ou d'autres collectivités publiques,
- d'assurer, à titre accessoire, la prévention des risques de dommages corporels,
- de mettre en œuvre, à titre accessoire, une action sociale.

Elle peut, à la demande d'autres mutuelles, mettre à disposition de ces dernières des services dans les conditions définies au règlement mutualiste. La Mutuelle peut, conformément aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, se substituer à d'autres mutuelles ou à des unions de mutuelles, sur leur demande, pour la délivrance de leurs engagements.

Elle peut conclure des contrats de coassurance dans les conditions définies par le code de la mutualité.

La Mutuelle est autorisée, dans les conditions déterminées par l'article L. 116-1 du code de la mutualité, à présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.

Elle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

La Mutuelle peut également céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité, quel que soit son statut juridique, tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue. Il appartient au Conseil d'administration de valider la conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur non assujéti au code de la mutualité.

La Mutuelle peut déléguer totalement ou partiellement la gestion de contrats collectifs ; les principes de cette délégation seront déterminés par l'Assemblée générale. Elle peut également déléguer partiellement la gestion de ses opérations individuelles et assurer la gestion pour le compte d'autres organismes d'assurance.

Elle peut adhérer à une union de groupe mutualiste au sens de l'article L. 111-4-1 du code de la mutualité, ou à une union mutualiste de groupe, à un groupement paritaire de prévoyance ou s'affilier à une société de groupe d'assurance mutuelle.

La Mutuelle peut, conformément à l'article L. 931-2-2 du code de la Sécurité sociale, s'affilier à une société de groupe assurantiel de protection sociale sous réserve qu'elle ne soit pas déjà affiliée à une société de groupe d'assurance définie à l'article L. 322-1-2 du code des assurances, à une union mutualiste de groupe définie à l'article L. 111-4-2 du code de la mutualité ou à une autre société de groupe assurantiel de protection sociale.

Art. 4 - Le mécanisme de la substitution

Conformément à l'article L. 211-5 du code de la mutualité, VIASANTÉ Mutuelle peut conclure en tant que mutuelle substituante une convention de substitution avec des unions ou mutuelles substituées. Dans ce cas, il s'agit d'opérations directes de la mutuelle substituante. La substitution s'étend à l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par la mutuelle ou l'union substituée et est assurée par la mutuelle substituante unique. La mutuelle substituante donne aux mutuelles ou unions substituées leur caution solidaire pour l'ensemble de leurs engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis de l'ensemble des bénéficiaires. À ce titre, la mutuelle substituante exerce un pouvoir de contrôle sur la mutuelle ou union substituée, y compris en ce qui concerne leur gestion qui comporte a minima une autorisation préalable

du Conseil d'administration de la mutuelle substituante pour la fixation des prestations et des cotisations, pour la désignation du dirigeant opérationnel si la mutuelle ou union substituée relève du régime dit « Solvabilité II » au sens de l'article L. 211-10 du code de la mutualité, pour la politique salariale et de recrutement, pour les plans de sauvegarde de l'emploi, pour la conclusion de contrats d'externalisation de prestations, pour la conclusion par la mutuelle ou union substituée d'opérations d'acquisition ou de cession d'immeubles par nature, d'acquisition ou de cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, de constitution de sûretés et d'octroi de cautions, avals ou garanties. En cas de carence de la mutuelle ou de l'union substituée pour fixer ces paramètres, ils sont déterminés par la mutuelle substituante.

Art. 5 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'administration qui précise les modalités d'application des présents statuts et qui est approuvé par l'Assemblée générale. Le Conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement, celles-ci étant présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.

Art. 6 - Respect de l'objet des Mutuelles

Les instances dirigeantes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité définis à l'article L. 111-1 du code de la mutualité.

Art. 7 - Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par VIASANTÉ Mutuelle, membre du groupe AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

- Des données relatives à votre âge, votre situation familiale et professionnelle, à votre santé. Ces données sont nécessaires à l'étude de vos besoins et de votre profil afin de vous proposer des produits et services adaptés ;
 - De vos coordonnées de contact, votre Numéro d'Inscription au Répertoire* (NIR) et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés ;
- Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :
- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de complémentaire santé, individuelle ou collective ;
 - La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
 - La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :
- La lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
 - Les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse de vos données, notamment pour répondre à nos obligations de conseil, de déterminer les garanties, les placements ou les prestations et de vous proposer des contrats et services adaptés.

Les données nécessaires à la gestion de votre contrat et des services associés sont conservées pendant la durée de votre contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant la durée de votre contrat et pour une durée de 3 ans après la fin de votre contrat ou après le dernier contact émanant de votre part.

Les informations présentées comme obligatoires sont nécessaires à la bonne exécution de votre contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux membres du groupe AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs, qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement et leur portabilité. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, demander la limitation d'un traitement ou vous opposer à sa mise en œuvre. Enfin, vous avez la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à VIASANTÉ Mutuelle, à l'attention du Délégué à la protection des données (DPD) - 1 avenue Carsalade du Pont - CS 89921 - 66866 PERPIGNAN cedex 9 ou à DPD@viasante.fr

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Nous apportons la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant porte atteinte à vos droits vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection de la vie privée et des données à caractère personnel, retrouvez des explications complémentaires sur le site internet de VIASANTÉ Mutuelle : www.viasante.fr.

* NIR : Numéro de Sécurité sociale

CHAPITRE II CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Section 1 – Conditions d'adhésion

Art. 8 - Catégories de membres

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires dans les conditions définies aux règlements mutualistes.

Les membres participants sont les personnes physiques qui, par le versement d'une cotisation, bénéficient et font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les personnes redevables d'une dette envers VIASANTÉ Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.

Concernant les opérations individuelles, les ayants droit des membres participants sont :

- son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- les enfants mineurs figurant sur l'attestation de droits délivrée par la Sécurité sociale au membre participant ou à son conjoint, concubin ou partenaire de PACS,
- les enfants âgés de moins de 26 ans assurés à titre personnel à un régime français obligatoire ou volontaire d'assurance maladie mais restant à la charge du membre participant (enfants scolarisés dans un établissement d'études secondaires, étudiants, demandeurs d'emploi et apprentis percevant une rémunération mensuelle brute inférieure à 60% du SMIC),
- La personne qui vit avec un membre participant et se trouve à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve.

Concernant les opérations collectives, la définition des ayants droit est :

- celle retenue par le contrat collectif,
- à défaut, celle précisée ci-dessus.

Les ayants droit de moins de 26 ans doivent cotiser isolément comme membre participant à compter du 1^{er} jour de l'année suivant celle où ils perdent leur qualité d'ayant droit ou atteignent leur 26^e anniversaire.

Un enfant mineur ne possédant pas sa propre immatriculation à un régime d'Assurance Maladie ne peut être membre participant.

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

De même, les enfants mineurs de moins de 16 ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sous réserve de l'autorisation expresse de leur représentant légal et que ce dernier soit bénéficiaire d'un contrat collectif obligatoire ne permettant pas de rattacher des ayants droit.

Les membres honoraires sont les personnes physiques qui versent une cotisation ou font des dons sans pouvoir bénéficier des prestations de la Mutuelle et des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif ainsi que les représentants des membres affiliés au travers la souscription de ces personnes morales.

Les membres sont répartis dans 2 sections nationales :

- section professionnelle,
- section interprofessionnelle.

Art. 9 - Adhésion individuelle

Dans le cadre d'une adhésion individuelle, la qualité de membre participant est constatée par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

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

Art. 10 - Adhésions collectives

I – Opérations collectives facultatives :

Dans le cadre des opérations collectives facultatives, la qualité de membre participant résulte de la signature du bulletin d'affiliation qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis au contrat conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle ou du règlement mutualiste auquel l'employeur ou la personne morale a adhéré.

II – Opérations collectives obligatoires :

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

Section 2 – Majorations de retard et exécution en justice

Lorsque l'adhésion à la Mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, à défaut du paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur sont appliquées par la Mutuelle. Le taux est fixé à 5% du montant de la cotisation globale non versée à la date d'exigibilité. Une majoration complémentaire de 2% par mois de retard sera également exigée.

L'exécution du contrat peut également être poursuivie en justice par la Mutuelle.

Section 3 – Démission, radiation et exclusion

Art. 11 - Démission

Le membre participant pour les opérations individuelles ou pour les opérations collectives à adhésion facultative peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat (soit avant le 31 octobre le cachet de la poste faisant foi).

L'employeur ou la personne morale pour les opérations collectives à adhésion facultative ou obligatoire peut résilier le contrat tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat.

La démission prend alors effet à la date d'échéance principale du contrat.

La renonciation par le membre participant à la totalité des prestations servies par la Mutuelle, entraîne la démission de la Mutuelle et la perte de sa qualité de membre participant dans les conditions et formes prévues au règlement mutualiste ou au contrat collectif.

Art. 12 - Radiation

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

Art. 13 - Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui portent volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle ou qui refusent de se soumettre à ses statuts et règlements.

Tout membre participant ou un de ses ayants droit pourra également être exclu en cas de :

- Fausse déclaration intentionnelle
- Tentative de fraude ou fraude avérée qui consiste à tromper délibérément la Mutuelle pour obtenir un bénéfice illégitime en utilisant un moyen déloyal.

En tout état de cause, peut être exclue toute personne qui aura causé un préjudice matériel ou moral à la Mutuelle, sans préjudice de toute action en restitution ou réparation.

Pour cela, le Comité d'éthique convoque la personne dont l'exclusion est proposée par lettre recommandée avec accusé de réception pour l'entendre sur les faits qui lui sont reprochés. L'intéressé peut se faire assister par toute personne de son choix lors de l'audition.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. S'il s'abstient de s'y référer, sauf motif légitime laissé à l'appréciation de la Mutuelle, le Comité d'éthique prend acte de son absence et en informe le Conseil d'administration qui statue sur son exclusion sans autre formalité.

La décision d'exclusion est portée à la connaissance du membre participant ou de l'ayant droit par lettre recommandée avec accusé de réception en précisant la date d'effet de l'exclusion. Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de 24 mois à compter de la date d'effet de l'exclusion tant en qualité de membre participant que d'ayant droit.

Art. 14 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dans les hypothèses prévues à l'article L. 221-17 du code de la mutualité.

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

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA Mutuelle

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section 1 – Composition, élection

Art. 15 - Composition de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est composée de délégués, ayant la qualité de membres participants ou de membres honoraires. Les délégués membres participants sont élus par les sections définies à l'article 8 des présents statuts. Les délégués membres honoraires sont désignés et représentent d'une part les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs et d'autre part les représentants des membres affiliés au travers de la souscription de ces personnes morales.

Art. 16 - Section de vote

Les sections de vote sont les sections mentionnées à l'article 8.

Art. 17 - Élection des délégués

Dans chaque section de vote, les délégués à l'Assemblée générale sont élus à raison de 1 délégué pour 4 000 membres.

Chaque votant dispose d'une voix.

Les élections des délégués ont lieu à bulletins secrets par vote électronique via Internet et en cas d'impossibilité (pas d'adresse électronique) par correspondance au scrutin de listes fermées majoritaire à un tour sans panachage, sans vote préférentiel et selon la règle de majorité relative des suffrages exprimés. Dans l'hypothèse d'un double vote c'est à dire par correspondance et par Internet, seul le vote électronique sera pris en compte. En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise à la liste comportant le candidat le plus jeune.

Les délégués sont élus pour 6 ans, leurs mandats sont renouvelables.

La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle entraîne celle de délégué.

Après l'élection des premiers délégués, le Comité des candidatures procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel les délégués seront soumis à réélection.

Section 2 – Réunions de l'Assemblée générale

Art. 18 - Convocations de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale se réunit au moins une fois par an, sur convocation du Président du Conseil d'administration. À défaut d'une telle 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.

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

1. La majorité des administrateurs composant le conseil ;
2. Les commissaires aux comptes ;
3. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre-participant ;
4. Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
5. Les liquidateurs.

À défaut d'une telle 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.

Art. 19 - Modalités de convocation et ordre du jour de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est convoquée 15 jours avant la date de sa réunion ou 6 jours en cas de 2^e convocation.

La convocation est rédigée conformément aux dispositions de l'article D. 114-3 du code de la mutualité.

Conformément à l'article L. 114-14 du code de la mutualité, la Mutuelle adresse à chacun des délégués composant l'Assemblée générale ou met à leur disposition les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Conformément à l'article D. 114-2 du code de la mutualité, à compter de la date de la convocation de l'Assemblée générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de l'organisme à tout délégué qui en fait la demande.

Tout délégué, peut détenir jusqu'à 2 procurations.

L'ordre du jour des Assemblées générales est fixé par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Toutefois lorsqu'un quart au moins des délégués demande l'examen d'un point, 5 jours au plus tard avant la tenue de la réunion, la question, si elle est conforme à l'objet social de la Mutuelle et aux dispositions des présents statuts, est obligatoirement soumise à l'Assemblée générale.

Le Président du Conseil d'administration doit refuser l'inscription d'un projet de résolution lorsque celui-ci n'entre pas dans l'objet social de la Mutuelle.

L'Assemblée générale délibère sur les points inscrits à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toute circonstance révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

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

Il est établi un procès verbal de chaque réunion de l'Assemblée générale.

Art. 20 - Quorum et majorités

I - 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 L. 114-11 du code de la mutualité, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations en application de l'article L. 114-1, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une Mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal à la moitié du total des membres.

Si le quorum n'est pas réuni lors de la première convocation, l'Assemblée générale peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal au quart du total de ses membres.

Les décisions de l'Assemblée générale sont prises à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

II - Pour l'exercice de ses autres attributions, l'Assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal au quart du total des membres.

Si lors de la première convocation, l'Assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé, l'Assemblée générale peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L. 114-13.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Section 3 : Attributions de l'Assemblée générale

Art. 21 - Compétences

L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration.

L'Assemblée générale approuve :

1. la modification des statuts,
2. les activités exercées,
3. le montant du fonds d'établissement,
4. les montants ou les taux de cotisations lorsque cette compétence ne relève pas du Conseil d'administration conformément aux articles L. 114-1 ou L. 114-11 du code de la mutualité,
5. les prestations offertes lorsque cette compétence ne relève pas du Conseil d'administration conformément aux articles L. 114-1 ou L. 114-11 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 d'une union,
7. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
8. l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du code de la mutualité,
9. le transfert de tout ou partie du portefeuille de 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 rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu par l'article L. 114-39 du code de la mutualité,
13. le rapport du Conseil d'administration sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion,
14. le plan prévisionnel de financement prévu par l'article L. 310-3 du code de la mutualité,
15. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité,
16. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations,
17. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée générale se prononce également sur :

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, prononcée conformément aux dispositions des présents statuts,
3. les délégations de pouvoir prévues à l'article 22 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.
5. les principes que doivent respecter les délégations de gestions des contrats collectifs.

Art. 22 - Délégation de pouvoir de l'Assemblée générale : Taux de cotisations et prestations

Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, l'Assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'administration.

Cette délégation est valable 1 an.

Art. 23 - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale

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.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres.

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1 – Composition, élections

Art. 24 - Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration de 24 membres au moins et de 47 au plus, élus parmi les membres participants ou honoraires. Le Conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants, élus délégués à l'Assemblée générale.

Il appartient au Conseil d'administration de créer tout poste supplémentaire, lorsque cela lui paraît utile lors de la fusion par absorption d'une autre mutuelle.

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

Art. 25 - Limite d'âge - Conditions d'éligibilité

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

- être âgés de 18 ans au jour de l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du code de la mutualité ;
- ne pas avoir exercé une fonction de salarié au sein de la Mutuelle au cours des 3 années précédant l'élection.

Le nombre d'administrateurs ayant dépassé l'âge de 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'administration.

Si cette limite était franchie, la démission de l'administrateur le plus âgé, serait constatée d'office. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de 5 Conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations, déduction faite de ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du code de la mutualité.

Art. 26 - Modalités de l'élection

Les administrateurs sont élus par l'Assemblée générale à bulletin secret, au scrutin de listes fermées sans panachage majoritaire à un tour et selon la règle de majorité relative des suffrages exprimés.

En cas d'égalité de voix, la liste comportant le candidat le plus jeune ayant le plus d'ancienneté en qualité d'administrateur est élue. Si plusieurs listes répondent à ce critère, le Président désigne, par voie de tirage au sort, la liste élue.

Art. 27 - Durée du mandat, renouvellement, vacance, démission

Les administrateurs sont élus par l'Assemblée générale pour une durée de 6 ans.

Le renouvellement du Conseil d'administration a lieu par moitié tous les 3 ans, selon les mêmes modalités d'élection que celles prévues à l'article 26. Les membres sortants sont rééligibles.

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

Conformément à l'article L. 114-16 du code de la mutualité, il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le Conseil d'administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée générale, en cas de vacance en cours de mandat, liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou honoraire, ou à la cessation du mandat en cas d'opposition à sa poursuite par l'ACPR.

Si la nomination faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs serait inférieur à 10 du fait de plusieurs vacances, une Assemblée générale est convoquée par le Président afin de procéder à l'élection de nouveaux administrateurs.

Tout administrateur cesse ses fonctions :

- lorsqu'il perd la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'il est atteint par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 25 ;
- lorsqu'il ne respecte pas les dispositions de l'article L. 114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, il présente sa démission ou est déclaré démissionnaire d'office dans les conditions prévues au présent article ;
- 3 mois après qu'une décision de justice définitive l'a condamné pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du code de la mutualité ;

La révocation d'un administrateur peut intervenir, sur vote de la majorité des membres du Conseil, en cas d'absences non justifiées consécutives à 3 réunions du Conseil d'administration.

Les règles de vacance s'appliquent en l'espèce.

Section 2 – Réunions du Conseil d'administration

Art. 28 - Réunions

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président au moins 3 fois par an.

Le Président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du Conseil et le

joint à la convocation. Celle-ci doit être envoyée aux administrateurs 5 jours au moins avant la date de la réunion sauf en cas d'urgence.

Le Conseil d'administration peut se réunir par visioconférence, sauf en cas d'élection du Bureau ou d'arrêtés des comptes.

Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel assistant de droit aux réunions du Conseil d'administration.

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

Art. 29 - Représentation des salariés au Conseil d'administration

Assistent aux réunions du Conseil avec voix consultative :

- 2 représentants des salariés de VIASANTÉ Mutuelle,
- 1 représentant des salariés du GIE AG2R REUNICA.

Les modalités d'élection de ces représentants des salariés sont définies par le règlement intérieur de la Mutuelle.

Art. 30 - Quorum et majorité

Le Conseil d'administration délibère valablement si la moitié au moins de ses membres est présente.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante conformément à l'article L. 114-20 du code de la mutualité..

Le Conseil d'administration adopte le principe de décision à majorité renforcée pour les délibérations définies au règlement intérieur.

Un procès verbal de chaque réunion est approuvé par le Conseil d'administration lors de la séance suivante.

Les délibérations du Conseil sont confidentielles.

Section 3 – Attributions du Conseil d'administration

Art. 31 - Compétences

Le Conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

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

Il est chargé de définir la politique d'action sociale de la Mutuelle à l'égard des membres participants et de veiller à sa mise en œuvre en régions.

Il établit, chaque année, après avoir eu connaissance du compte rendu de gestion que lui a adressé le délégataire, un rapport qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à L. 116-3 du code de la mutualité.

Le Conseil d'administration adopte annuellement le budget de la Mutuelle.

Il fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Le Conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement, celles-ci étant présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.

Il adopte les règlements des opérations individuelles dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Dans le cadre d'une convention de substitution, le Conseil d'administration valide l'autorisation préalable afin que la Mutuelle exerce son pouvoir de contrôle et de gestion sur la mutuelle ou l'union substituée sur les activités prévues à l'article L. 211-5 du code de la mutualité.

Plus généralement, le Conseil d'administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux Mutuelles.

Art. 32 - Délégation d'attributions

Le Conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et plus généralement toutes attributions qui ne lui sont pas spécialement réservées par la loi, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions ainsi qu'au Délégué général ou au Dirigeant opérationnel dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires et selon les dispositions des présents statuts.

Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Il peut déléguer tout ou partie de sa compétence concernant les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'administration ou au dirigeant.

Le Conseil d'administration peut confier au Président, au Dirigeant opérationnel ou à un administrateur nommé désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le Président, le Dirigeant opérationnel ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du Conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

Section 4 – Statut des administrateurs

Art. 33 - Formation des administrateurs

Conformément à l'article L. 114-25 du code de la mutualité, les administrateurs suivent, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation adapté à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

De plus, une formation continue est dispensée aux administrateurs pendant l'exercice de leur mandat.

Art. 34 - Gratuité des fonctions d'administrateur

Les fonctions d'administrateur sont gratuites sous réserve des dispositions des articles L. 114-26 à L. 114-28 du code de la mutualité et du décret n° 2004-132 du 10 février 2004 et conformément aux dispositions prévues dans le règlement intérieur.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 114-32 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 leur est également interdit de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à quelque titre que ce soit et sous quelque forme que ce soit, des rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du code de la mutualité.

Art. 35 - Obligations des administrateurs

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

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

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles L. 114-32 et suivants du code de la mutualité.

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

Les 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 de confidentialité.

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

Ils 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.

Art. 36 - Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement selon les cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion selon les dispositions de l'article L. 114-29 du code de la mutualité.

Section 5 - Statut du mandataire mutualiste

Art. 37 - Définition du mandataire mutualiste

Conformément à l'article L. 114-37-1 du code de la mutualité, les personnes physiques exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs qui apportent à la mutuelle, union ou fédération, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel elles ont été désignées ou élues conformément aux statuts, ont la qualité de mandataire mutualiste.

Art. 38 - Les conditions d'exercice des mandataires mutualistes

Ils sont désignés pour 6 ans par l'Assemblée générale ou le Conseil d'administration parmi les membres participants et/ou les membres honoraires.

La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle entraîne celle de mandataire mutualiste.

Les mandataires mutualistes peuvent être invités aux différentes instances de la mutuelle afin qu'ils apportent leur avis et expertise.

Les fonctions des mandataires mutualistes sont gratuites, cependant leurs frais de déplacement leur sont remboursés dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

CHAPITRE III - PRÉSIDENT ET BUREAU

Section 1 – Élection et attributions du Président

Art. 39 - Élection et révocation

Le Conseil d'administration élit un Président en son sein parmi les membres participants. Il peut le démettre à tout moment.

Le Président est élu pour une durée de 6 ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est élu au cours de la première réunion du Conseil qui suit l'Assemblée générale. Il est rééligible.

Art. 40 - Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre participant du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-président le plus âgé ou à défaut par celui des 2 autres Vice-présidents le plus âgé.

Art. 41 - Attributions

Le Président organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale.

Il préside les réunions du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale.

Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L. 510-8 et L. 510-10 du code de la mutualité.

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

Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

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

Il engage les dépenses.

Il avise les commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées par le Conseil d'administration.

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

Section 2 – Élection, composition du Bureau

Art. 42 - Élection

Le Conseil d'administration constitue un Bureau.

Les membres du Bureau autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus pour 3 ans par le Conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration.

Ils peuvent être démis à tout moment par le Conseil d'administration.

En cas de vacance et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'administration, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 43 - Composition

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- le Président du Conseil d'administration ;
- 3 Vice-présidents ;
- un Secrétaire ;
- un Secrétaire adjoint ;
- un Trésorier ;
- un Trésorier adjoint,
- et au plus 7 membres.

Art. 44 - Réunions et délibérations

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

La convocation est envoyée aux membres du Bureau 5 jours au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le Bureau peut se réunir par visioconférence.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions dudit Bureau qui délibère alors préalablement sur cette présence.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les décisions sont prises 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 lors de la séance suivante.

Art. 45 - Les Vice-présidents

Les Vice-présidents secondent le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs, à l'exclusion de ceux relevant de sa mission de dirigeant effectif.

En cas de vacance du Président, le Vice-président le plus âgé peut remplacer provisoirement le Président dans l'attente de l'élection d'un nouveau Président.

En cas d'indisponibilité du Vice-président le plus âgé, celui des 2 autres Vice-présidents le plus âgé le supplée.

Art. 46 - Le Secrétaire et le Secrétaire adjoint

Le Secrétaire est responsable de la rédaction des procès verbaux des réunions statutaires et de leur conservation.

Le Secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle l'exécution de certaines missions qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Le Secrétaire adjoint seconde et assiste le Secrétaire dans toutes ses fonctions.

En cas de vacance du Secrétaire, le Secrétaire adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Secrétaire.

Art. 47 - Le Trésorier

Le Trésorier 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 prépare et soumet à la discussion du Conseil d'administration :

- les comptes annuels et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent ;
- le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L. 114-9 du code de la mutualité ;
- les éléments visés aux paragraphes a) c) d) et f) ainsi qu'aux 2 derniers

alinéas de l'article L. 114-17 du code de la mutualité ;

- un rapport synthétique 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 Délégué général et au Dirigeant opérationnel l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Le Trésorier adjoint seconde et assiste le Trésorier dans toutes ses fonctions. En cas de vacance du Trésorier, le Trésorier adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Trésorier.

CHAPITRE IV DIRECTION GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

Art. 48 - Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel

Le Conseil d'administration nomme, sur proposition du Président, un Délégué général, et un Dirigeant opérationnel ; il détermine leurs attributions respectives. Il peut être mis fin aux fonctions du Délégué général et du Dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le Délégué général est le Dirigeant opérationnel de l'Association sommitale AG2R LA MONDIALE REUNICA.

Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel assistent aux réunions du Conseil d'administration et du Bureau ensemble ou séparément.

Ils peuvent se faire représenter lors de ces réunions par la personne de leur choix.

Le Dirigeant opérationnel est tenu de déclarer au Conseil d'administration, avant sa nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'il entend conserver et de faire connaître après sa nomination les autres activités ou fonctions qu'il entend exercer.

Le Dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du code de la mutualité. Le Dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation de pouvoirs confiée par le Conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux Assemblées générales, au Conseil d'administration et au Président.

CHAPITRE V - ORGANISATION FINANCIÈRE

Section 1 – Produits et charges

Art. 49 - Les produits

Les produits de la Mutuelle comprennent principalement :

- le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée générale,
- les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- les dons et les legs,
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

Art. 50 - Les charges

Les charges comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements faits aux unions et fédérations ;
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités VIASANTÉ Mutuelle ;
- les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L. 111-6 du code de la mutualité ;
- la redevance prévue à l'article L. 612-20 du code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour l'exercice de ses missions ;
- plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités de la Mutuelle et non interdites par la loi.

Art. 51 - Apports et transferts financiers

En cas de création de Mutuelles définies à l'article L. 111-3 ou d'unions définies à l'article L. 111-4 du code de la mutualité, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

Tout autre transfert financier doit faire l'objet d'un rapport du Conseil d'administration à l'Assemblée générale dans les conditions prévues à l'article L. 114-17 du code de la mutualité. Il ne peut remettre en cause les exigences de solvabilité.

Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds et règles de sécurité financière

Art. 52 - Placements

Le Conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par la Mutuelle.

Art. 53 - Garantie

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

Section 3 – Comité d'audit et Commissaires aux comptes

Art. 54 - Comité d'audit

VIASANTÉ Mutuelle désigne un administrateur au sein du comité d'audit de SGAM AG2R LA MONDIALE afin de la représenter et de tenir informé le Conseil d'administration de VIASANTÉ Mutuelle.

Art. 55 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du code de la mutualité, l'Assemblée générale nomme des Commissaires aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du code de commerce.

Le Président convoque les Commissaires aux comptes à toute Assemblée générale.

Les Commissaires aux comptes :

- certifient le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versée à chaque administrateur ;
- certifient les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration ;
- prennent connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L. 114-32 du code de la mutualité ;
- établissent et présentent à l'Assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité ;
- fournissent à la demande de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- signalent sans délai à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tout fait et décision mentionné à l'article L. 612-44 II du code monétaire et financier dont il a eu connaissance ;
- portent à la connaissance du Conseil d'administration et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution les vérifications auxquelles ils ont procédé dans le cadre de leurs attributions prévues par le code de commerce ;
- signalent dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission.

Ils joignent à leur rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature, réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du code de la mutualité.

Section 4 – Fonds d'établissement

Art. 56 - Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100€. Les droits d'adhésion sont affectés au fonds d'établissement.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 20 des présents statuts, sur proposition du Conseil d'administration.

TITRE III - Dispositions diverses

Art. 57 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale dans les conditions fixées par les présents statuts.

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous 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 qui a statué sur la clôture de la liquidation à d'autres mutuelles ou unions ou au Fond national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du code de la mutualité ou au Fond de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du code de la mutualité.

Conformément à l'article L. 113-4 du code de la mutualité, à défaut de réunion de l'Assemblée générale durant deux années consécutives, l'ACPR peut prononcer la dissolution et nommer un liquidateur.

Art. 58 - Interprétation

Les statuts, le règlement mutualiste ou la notice d'information, le contrat collectif, le document d'information sur le produit d'assurance, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Art. 59 - Reconnaissance dominante d'une société de groupe assurantiel de protection sociale (sgaps)

VIASANTÉ Mutuelle reconnaît, par son affiliation à un groupe prudentiel,

l'influence dominante de SGAPS AG2R LA MONDIALE.

Cette influence dominante s'exerce au moyen d'une coordination centralisée de ladite Sgaps sur les décisions de ses affiliés susceptibles d'affecter significativement la situation financière de l'ensemble. Ainsi, par son adhésion sans réserve aux statuts à son affiliation à la Sgaps, VIASANTÉ Mutuelle s'engage à recueillir son autorisation préalable, notamment lors des opérations suivantes, selon les seuils définis dans la convention d'affiliation :

- l'acquisition ou la cession d'immeubles par nature ;
- l'acquisition ou la cession totale ou partielle d'actifs ou de participations ;
- la constitution de sûretés et l'octroi de cautions, avals ou garanties ;
- les opérations de fusion, de transfert de portefeuille ou de substitution (à l'exception des opérations entre les membres de la Sgam, de la Sgaps ainsi que de leurs filiales et participations) ;
- l'externalisation des activités définies par les articles L.354-3 et R.354-7 du code des assurances ;
- l'émission de fonds, titres ou certificats.

De même, VIASANTÉ Mutuelle reconnaît les pouvoirs d'intervention, de contrôle et de sanctions de la Sgaps sur ces affiliés, à savoir :

- la mise en place d'un mécanisme de prévention prévoyant notamment la possibilité de déclencher un audit et de mettre en place un plan de redressement ;
- la fixation des modalités de déclenchement de la société financière entre les organismes affiliés ;
- l'unicité de la direction générale entre le Sgaps et ses affiliés ;
- la mise en œuvre des politiques communes ;
- la coordination des fonctions clés des organismes affiliés du groupe prudentiel ;
- la mise à disposition des moyens humains et matériels d'AG2R LA MONDIALE.

Et plus généralement à respecter toutes opérations et obligations fixées par les statuts et la convention d'affiliation de la Sgaps.

RÈGLEMENT GARANTIES FRAIS DE SANTÉ VIACAMPUS

(branches 1 et 2, 20 et 21)

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	10	CHAPITRE 6 - PRESTATIONS	12
Préambule	Principes et valeurs mutualistes	Article 20	Définition des garanties
Article 1	Objet	Article 21	Produits proposés
Article 2	Modifications du règlement	21.1.	Gamme VIACAMPUS
Article 3	Garanties proposées par VIASANTÉ Mutuelle	21.2.	Prestations particulières
Article 4	Obligations d'information	21.2.1.	Bonus responsabilité et fidélité renouvelable optique et bonus fidélité médecines douces
4.1.	Informations préalables	21.2.2.	Forfait Automédication
4.2.	Informations préalables en cas de vente à distance	21.2.3.	Forfait médecines douces
4.3.	Autorité de Contrôle	21.2.4.	Forfait prothèses dentaires et orthodontie (remboursées ou non par le RO)
21.2.5.		21.2.5.	Indemnité hospitalière/chirurgicale/Assistance
CHAPITRE 2 - ADHÉSION	10	21.2.5.1.	Service d'assistance
Article 5	Conditions pour bénéficier de la gamme VIACAMPUS	21.2.5.2.	Indemnité hospitalière/chirurgicale
Article 6	Adhésion	21.2.6.	Téléconsultation
6.1.	Droit d'adhésion	Article 22	Base et limite de remboursement
6.2.	Modalités d'adhésion	22.1.	Base de remboursement
6.3.	Date d'effet de l'adhésion	22.2.	Limite de remboursement
6.4.	Faculté de renonciation en cas de vente à distance	Article 23	Modalités de remboursement des prestations
6.5.	Faculté de renonciation suite au démarchage	23.1.	Conditions de versement des prestations
Article 7	Engagement du membre participant	23.1.1.	Mise en jeu des garanties
Article 8	Bénéficiaires des garanties	23.1.2.	Demandes de devis
CHAPITRE 3 - OUVERTURE, MODIFICATION, CESSATION DES GARANTIES ET EXCLUSION	11	23.1.3.	Stages
Article 9	Entrée en vigueur des garanties	23.1.4.	Pièces à fournir
Article 10	Modifications des garanties à l'initiative du membre participant	23.1.5.	Tiers payant et carte mutualiste
10.1.	Augmentation de la garantie	23.2.	Les soins à l'étranger
10.2.	Diminution de la garantie	23.3.	Produits achetés via Internet ou produits non remboursés par le RO achetés à l'étranger.
10.3.	Modification de gamme	23.4.	Modalités de règlement des prestations
10.4.	Date d'effet de la modification	23.5.	Prestations indûment perçues
10.5.	Stages	Article 24	Prescription
10.6.	Modalités d'application des plafonds	Article 25	Subrogation - recours contre tiers
Article 11	Modification des prestations à l'initiative de la mutuelle	Article 26	Accident
Article 12	Cessation, suspension des garanties	Article 27	Remboursement exclus
12.1.	Cessation des garanties	Article 28	Fausse déclarations
12.2.	Suspension des garanties	CHAPITRE 7 - COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE ACTION SOCIALE	15
Article 13	Exclusion d'un membre participant ou d'un ayant droit	Article 29	Commission entraide mutualiste - Action sociale
CHAPITRE 4 - MODALITÉS DE RÉSILIATION	11	CHAPITRE 8 - PRÉVENTION	15
Article 14	Résiliation annuelle	Article 30	Actions de prévention
Article 15	Résiliations exceptionnelles	CHAPITRE 9 - DISPOSITIONS DIVERSES	15
15.1.	À l'initiative de la mutuelle	Article 31	Protection des données à caractère personnel
15.2.	À l'initiative du membre participant	Article 32	Traitement des réclamations, conciliation et médiation
Article 16	Conséquences de la résiliation	Article 33	Opposition au démarchage téléphonique
CHAPITRE 5 - COTISATIONS	12	Article 34	Interprétation
Article 17	Fixation et évolution des cotisations	Article 35	Loi applicable
Article 18	Mode de calcul des cotisations		
18.1.	Généralités		
Article 19	Paiement des cotisations		
19.1.	Principe général		
19.2.	Avis de paiement de cotisation		
19.3.	Modalités de paiement de la cotisation		
19.4.	Non paiement des cotisations		

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

PRÉAMBULE - PRINCIPES ET VALEURS MUTUALISTES

L'adhésion à la mutuelle est régie par :

- le code de la mutualité,
- les statuts,
- le présent règlement mutualiste,
- le bulletin d'adhésion,
- le règlement intérieur de la mutuelle.

Les modalités de fonctionnement décrites dans ces différents documents sont fondées sur des principes et valeurs mutualistes de solidarité consistant :

- à être ouverte à tous : la mutuelle couvre chacun, quelle que soit sa situation sociale et professionnelle selon le règlement mutualiste dont il dépend,
- à refuser la sélection médicale qui consisterait à n'accepter que les personnes en bonne santé : la mutuelle assure la protection de chacun quel que soit son état de santé présent ou futur,
- à être à l'écoute des familles mutualistes en difficulté et à leur venir en aide grâce aux dispositifs de solidarité mis en place à cet effet.

Les règles définies par la mutuelle ont pour but de préserver l'intérêt général des mutualistes qui pourrait être affecté par des comportements individuels opportunistes. Or, tous les adhérents, ensemble, pourvoient à leur protection réciproque. Ils ont donc des droits mais aussi des devoirs.

La mutuelle attend de chaque mutualiste une attitude responsable fondée sur la défense de l'intérêt général. C'est la condition requise pour assurer la pérennité d'une protection complémentaire de qualité au plus juste prix.

ARTICLE 1 - OBJET

Les dispositions du présent règlement déterminent les conditions dans lesquelles VIASANTÉ Mutuelle assure les garanties souscrites par ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles.

Elles s'appliquent à tous les membres participants.

Le règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et VIASANTÉ Mutuelle c'est-à-dire les droits et obligations respectifs en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Les membres participants ou honoraires y ayant adhéré sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et qu'au règlement intérieur.

Il est élaboré par le Conseil d'Administration et adopté par l'Assemblée Générale. Il est régi par le code de la mutualité.

Toutes les dispositions légales ou réglementaires d'ordre public qui interviendraient postérieurement à la rédaction de ce règlement, seront immédiatement applicables. Elles devront y être intégrées le cas échéant lors de la prochaine Assemblée Générale.

ARTICLE 2 - MODIFICATIONS DU RÈGLEMENT

Les modifications du règlement sont proposées par le Conseil d'Administration, approuvées par l'Assemblée Générale et portées à la connaissance des membres participants et honoraires. Elles s'imposent aux membres participants dès cet instant.

ARTICLE 3 - GARANTIES PROPOSÉES PAR VIASANTÉ MUTUELLE

Les garanties proposées par VIASANTÉ Mutuelle selon les branches pour lesquelles elle a été agréée, visent le remboursement ou la prise en charge des frais de santé en complément de celles servies, en nature, par les régimes d'assurance maladie obligatoire ou volontaire, en fonction du niveau des garanties de la mutuelle et dans la limite des dépenses engagées.

Certaines prestations non prises en charge par le régime d'assurance maladie peuvent également être allouées.

Conformément aux dispositions des articles L.116-1 et suivants du code de la mutualité, VIASANTÉ Mutuelle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme dont notamment des produits de prévoyance, épargne, retraite et autres produits assurantiels.

ARTICLE 4 - OBLIGATIONS D'INFORMATION

4.1. Informations préalables

VIASANTÉ Mutuelle fournit aux futurs membres participants, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion ainsi que les statuts, le règlement mutualiste et le document d'information sur le produit d'assurance qui décrivent précisément leurs droits et obligations réciproques et les règles de fonctionnement des différentes instances ainsi que le dossier d'entrée en relation dans le cadre du devoir de conseil.

4.2. Informations préalables en cas de vente à distance

En cas de vente à distance, l'article L. 221-18 du code de la mutualité précise les informations devant être transmises au futur membre participant avant son adhésion. Ces informations sont pour l'essentiel :

- la dénomination de la mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro SIREN, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle,
- le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant au membre participant de vérifier celle-ci,
- la garantie et les exclusions prévues par le règlement,
- la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance,

- l'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le membre participant doit également être informé du montant de la
- cotisation que VIASANTÉ Mutuelle peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet des garanties, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation.

4.3. Autorité de Contrôle

Conformément au code de la mutualité, VIASANTÉ Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

CHAPITRE 2 - ADHÉSION

ARTICLE 5 - CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE LA GAMME VIACAMPUS

a) Garantie VIACAMPUS

Peuvent bénéficier de la garantie VIACAMPUS prévue par le présent règlement, les personnes physiques âgées entre 16 ans et 28 ans, justifiant d'une carte étudiant ou d'un certificat de scolarité en cours de validité, qui adhèrent à VIASANTÉ Mutuelle, et qui justifient d'un régime obligatoire français, volontaire ou spécial d'assurance maladie, dont les remboursements sont équivalents ou supérieurs à ceux versés par le régime général de l'Assurance Maladie.

Dès que ces conditions ne seront plus respectées, la garantie prendra fin.

Les personnes redevables d'une dette envers VIASANTÉ Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.

b) RENFORTS 1, 2, 3

Peuvent bénéficier des renforts 1, 2, 3, les personnes physiques âgées entre 16 ans et 28 ans, justifiant d'une carte étudiant ou d'un certificat de scolarité en cours de validité et qui justifient d'un régime obligatoire français, volontaire ou spécial d'assurance maladie, dont les remboursements sont équivalents ou supérieurs à ceux versés par le régime général de l'Assurance Maladie. Ces garanties peuvent être souscrites seules ou en complément d'une garantie mutuelle de VIASANTÉ ou de tout autre organisme d'assurance frais de santé complémentaire.

Dès que ces conditions ne seront plus respectées, les garanties prendront fin.

Les personnes redevables d'une dette envers VIASANTÉ Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.

ARTICLE 6 - ADHÉSION

6.1. Droit d'adhésion

Un droit d'adhésion peut être demandé aux membres participants indépendamment des cotisations versées en contrepartie des garanties assurées. Son montant est arrêté par l'Assemblée Générale.

6.2. Modalités d'adhésion

L'engagement réciproque du membre participant et de VIASANTÉ Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et du présent règlement. VIASANTÉ Mutuelle est tenue au respect des formalités prescrites par les textes en vigueur.

Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- la date d'effet des garanties souscrites,
- le bénéficiaire des garanties,
- les conditions d'entrée en vigueur des garanties,
- les montants des cotisations,
- la/les garantie(s) choisie(s).

Le détail des prestations fournies au titre de la/des garantie(s) souscrite(s) est annexé au bulletin d'adhésion et figure à la fin du présent document.

6.3. Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvelle chaque année, à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation dans les conditions prévues au chapitre IV du présent règlement.

L'adhésion prend effet au plus tôt au premier jour du mois durant lequel VIASANTÉ Mutuelle reçoit le dossier complet si celui-ci est envoyé au plus tard le 15 du mois, le cachet de la poste faisant foi. Si le dossier complet a été envoyé après le 15 à VIASANTÉ Mutuelle, l'adhésion prend effet au plus tôt au premier jour du mois suivant.

6.4. Faculté de renonciation en cas de vente à distance

Conformément à l'article L221-18 et L221-18-1 du code de la mutualité et lorsque le membre participant a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter de la signature du bulletin d'adhésion, ou la date de réception des conditions d'adhésion et les informations citées à l'article 4-2 du présent règlement si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion, il adresse au centre de gestion dont il relève une lettre recommandée précisant son souhait de mettre fin à

la garantie, sans avoir à justifier de motif ni supporter des pénalités, telle que :
« J'ai souscrit une adhésion pour le produit « Nom du produit » auprès de votre organisme le .../.../....., sous le numéro Après réflexion, et comme quatorze jours ne sont pas écoulés depuis la signature du bulletin d'adhésion (ou depuis que j'ai reçu les conditions d'adhésion si cette date est postérieure), je déclare renoncer à mon adhésion en application des dispositions de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité. Date et signature »
Le membre participant sera tenu au paiement des cotisations sur la période où le risque a couru.

En cas de versement de prestations, à la demande expresse de l'adhérent, avant l'expiration du délai de renonciation, celui-ci devra restituer à la mutuelle le montant correspondant aux dites prestations dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 30 jours à compter de la date de renonciation. En contrepartie, la mutuelle s'engage à restituer la cotisation si celle-ci a été perçue.

6.5. Faculté de renonciation suite au démarchage

Dans les quatorze jours, jours fériés compris, à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, le membre participant a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à son centre de gestion et rédigée telle que :

« Je soussigné, déclare annuler l'adhésion ci-après :
- Nature de la garantie souscrite : Garantie Viacampus
- Date de signature du bulletin d'adhésion :
- Nom, prénom de l'adhérent :
- Adresse de l'adhérent :
- Signature de l'adhérent : »

Ce délai commence à courir le lendemain du jour où a été signé le bulletin d'adhésion par le membre participant. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

L'adhésion prendra effet à la fin du délai de renonciation de 14 jours prévu par le Code de la consommation.

Article 7 – Engagement du membre participant

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de l'établissement de son contrat individuel. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner sa déchéance et les sanctions prévues aux Statuts et Règlements.

Par ailleurs, le membre participant est tenu d'informer VIASANTÉ Mutuelle, dans un délai de trois mois, de toutes les modifications concernant :

- son état civil,
- son adresse,
- sa situation matrimoniale,
- sa situation familiale,
- sa situation socioprofessionnelle,
- son ouverture de droits au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires,
- ses coordonnées bancaires,
- et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour VIASANTÉ.

Seules les informations et demandes de modifications fournies par le membre participant seront prises en compte par VIASANTÉ Mutuelle.

Article 8 – Bénéficiaires des garanties

Le membre participant est la personne physique qui bénéficie de prestations. Par bénéficiaires, il faut entendre le membre participant.

CHAPITRE 3 – OUVERTURE, MODIFICATION, CESSATION DES GARANTIES ET EXCLUSION

Article 9 – Entrée en vigueur des garanties

La garantie s'applique à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion sous condition d'encaissement du premier règlement.

Article 10 – Modifications des garanties à l'initiative du membre participant

Un membre participant a la possibilité de changer de garantie dans les conditions suivantes, étant précisé que pour définir s'il s'agit d'une augmentation ou d'une diminution, il conviendra de se référer à la cotisation déterminée selon des critères identiques :

10.1. Augmentation de la garantie

Une augmentation de garantie ne peut intervenir à la suite d'une diminution de garantie qu'à l'expiration d'un délai de un an (12 mois).

10.2. Diminution de la garantie

Une diminution de garantie ne peut intervenir qu'à condition d'avoir bénéficié de la garantie précédente pendant au moins un an (12 mois).

10.3 Modification de gamme

Il y a possibilité de demander son changement dans une autre gamme individuelle VIASANTÉ dans les cas suivants :

- âgés de + de 28 ans
- cessation du statut étudiant
- rajout de bénéficiaire

10.4. Date d'effet de la modification

Le changement de garantie prend effet au plus tôt au premier jour du mois durant lequel VIASANTÉ Mutuelle reçoit l'avenant au bulletin d'adhésion, si celui-ci est envoyé au plus tard le 15 du mois, le cachet de la poste faisant foi.

Si l'avenant a été envoyé après le 15 à VIASANTÉ Mutuelle, le changement de garantie prend effet au plus tôt au premier jour du mois suivant.

10.5. Stages

Pas de stages.

10.6 Modalités d'application des plafonds

Le versement d'une prestation soumise à plafond dans la nouvelle garantie tiendra compte de l'éventuelle consommation, de ladite prestation dans l'année civile, faite au titre de la garantie précédemment détenue.

Concernant les prestations optiques relevant d'une garantie responsable, la date de souscription au présent règlement sera prise en compte pour le droit au renouvellement de l'équipement.

Article 11 – Modification des prestations à l'initiative de la mutuelle

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par l'Assemblée Générale de VIASANTÉ Mutuelle ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les modifications du niveau des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Article 12 – Cessation, suspension des garanties

12.1. Cessation des garanties

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- à la date d'effet de la résiliation par le membre participant selon les conditions prévues à l'article 14 du présent règlement,
- en cas de résiliation du membre participant par la mutuelle pour non paiement des cotisations selon les conditions prévues à l'article 19.4. du présent règlement,
- en cas d'exclusion du membre participant prévue à l'article 13 du présent règlement,
- pour le membre participant, dans le cas où les conditions posées à l'article 5 du présent règlement ne sont plus remplies, la mutuelle s'engage alors à proposer la souscription de la garantie individuelle au membre participant.

12.2. Suspension des garanties

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties dans les conditions prévues à l'article 19.4. ci-après. Dans ce cas là, aucune prestation n'est due pendant la période de suspension.

Article 13 – Exclusion d'un membre participant ou d'un ayant droit

Peuvent être exclus les membres qui portent volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle ou qui refusent de se soumettre à ses statuts et règlements.

Tout membre participant ou un de ses ayants droit pourra également être exclu en cas de :

- **Fausse déclaration intentionnelle**
- **Tentative de fraude ou fraude avérée qui consiste à tromper délibérément la Mutuelle pour obtenir un bénéfice illégitime en utilisant un moyen déloyal.**

En tout état de cause, peut être exclue toute personne qui aura causé un préjudice matériel ou moral à la Mutuelle, sans préjudice de toute action en restitution ou réparation.

Les modalités sont précisées à l'article 13 des statuts.

CHAPITRE 4 – MODALITÉS DE RÉSILIATION

Article 14 – Résiliation annuelle

Dans le respect des dispositions de l'article L. 221-10 du code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à VIASANTÉ Mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.

Cette résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit de l'année en cours.

Article 15 – Résiliations exceptionnelles

15.1. A l'initiative de la mutuelle

VIASANTÉ Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant :

- en cas de non paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 19.4. du présent règlement,
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du code de la mutualité.

15.2. A l'initiative du membre participant

a) Cas particulier des personnes décédées

En cas de décès du membre participant, la copie de l'acte de décès doit être transmise à VIASANTÉ Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte. La résiliation intervient le lendemain de la date apparaissant sur l'acte de décès ; la cotisation est due jusqu'à cette date.

Les cotisations versées pour la période postérieure à la date de résiliation seront remboursées :

- à tout membre de la famille sur présentation d'un certificat d'hérédité.

A défaut de présentation du certificat d'hérédité, c'est au notaire que le remboursement sera effectué..

b) Limite d'âge

Le contrat prend fin automatiquement au 31 décembre suivant le 29^e

anniversaire du membre participant. Le membre participant peut demander le transfert de sa garantie de la gamme Viacampus vers une garantie frais de santé individuelle au 1^{er} janvier de l'année suivante.

c) Résiliations dérogatoires

Le membre participant devant adhérer à un contrat collectif obligatoire peut demander la résiliation de son contrat individuel en cours d'année sous réserve qu'aucune dispense d'affiliation temporaire n'ait été prévue par la couverture frais de santé. Pour ce faire, le membre participant doit envoyer un courrier accompagné d'une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire et le cas échéant, familial, dudit régime de complémentaire santé ainsi que de l'absence de dispense d'affiliation. La résiliation intervient le dernier jour du mois qui suit la réception de la demande. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées au membre participant.

Le membre participant qui se voit attribuer la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) : sur demande du membre participant, la résiliation du bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS intervient le 1^{er} jour du mois suivant la date de la décision uniquement si, dans ce délai qui est de rigueur, l'information du changement de complémentaire a été portée à la connaissance de la Mutuelle. A défaut, la résiliation interviendra le dernier jour du mois de la réception de la copie de l'attestation délivrée par le régime obligatoire. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées au membre participant.

Article 16 – Conséquences de la résiliation

Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation restent dues dans tous les cas.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Le membre participant s'engage à restituer à VIASANTÉ Mutuelle la carte mutualiste et duplicata en sa possession et à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais.

L'utilisation de la carte mutualiste après une résiliation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de VIASANTÉ Mutuelle.

VIASANTÉ Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

En aucun cas, le membre participant exclu pour des faits ayant causé un préjudice à VIASANTÉ Mutuelle ne pourra devenir ayant droit d'un membre participant (conjoint ou autre) ou adhérer de nouveau à VIASANTÉ Mutuelle, sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

CHAPITRE 5 - COTISATIONS

Article 17 – Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'Assemblée Générale de VIASANTÉ Mutuelle ou par le Conseil d'Administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Article 18 – Mode de calcul des cotisations

18.1. Généralités

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie impactant notamment les prestations et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes. Elles sont également déterminées en fonction des garanties souscrites.

Le montant des cotisations est indiqué dans le bulletin d'adhésion. La cotisation tient compte des cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques (fédérations, unions...) et des frais de gestion y afférents. A cette cotisation s'ajoutent les taxes de nature réglementaire en vigueur.

Article 19 – Paiement des cotisations

19.1. Principe général

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.

19.2. Avis de paiement de cotisation

La cotisation est appelée par « un avis de paiement de cotisations » adressé à chaque membre participant annuellement. La non réception de l'avis de paiement par le membre participant ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter VIASANTÉ Mutuelle.

19.3. Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance.

Elle est due au 1^{er} janvier pour tout membre inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux membres participants, à partir de la date d'effet du contrat.

Toutefois, pour faciliter son règlement, la Mutuelle propose à ses membres participants différentes modalités de paiement (prélèvement, chèque, carte bleue, espèces) et permet le fractionnement.

Néanmoins, la première échéance de cotisations (mois, trimestre, semestre ou année) est acquittée à la souscription par tout moyen (sauf prélèvement automatique).

Le non règlement de l'une des échéances, sauf dispositions ayant reçu l'accord de la mutuelle, entraîne automatiquement l'exigibilité immédiate du solde annuel non réglé.

Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être :

- mensuelle,
- trimestrielle,
- semestrielle.

Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour les paiements par prélèvement automatique.

19.4. Non paiement des cotisations

En respect de l'article L 221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour VIASANTÉ Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, la garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

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

VIASANTÉ Mutuelle a le droit de résilier sa garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend ses effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour où a été payée à VIASANTÉ Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

CHAPITRE 6 - PRESTATIONS

Article 20 – Définition des garanties

Les garanties de la gamme santé VIACAMPUS ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période des garanties en complément des remboursements effectués par le régime d'assurance maladie dont relève le membre participant, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Il peut également s'agir de prestations en espèces ou de prestations supplémentaires à celles versées par l'assurance maladie.

Certaines prestations non prises en charge par le régime d'assurance maladie peuvent également être allouées.

Ces prestations sont précisées à la fin du présent règlement. Le descriptif de la garantie est également remis au membre participant lors de la signature de son bulletin d'adhésion.

Les prestations donnent lieu à un remboursement dans les conditions et au taux ou montant mentionnés sur le descriptif de la garantie souscrite..

Article 21 – Produits proposés

21.1. Gamme VIACAMPUS

- Garantie Viacampus
- Renfort 1
- Renfort 2
- Renfort 3

21.2. Prestations particulières

21.2.1. Bonus responsabilité et fidélité renouvelable optique et bonus fidélité médecines douces

Selon la garantie souscrite, un bonus responsabilité et fidélité optique peut être versé au membre bénéficiaire si ce dernier n'a pas bénéficié de prestations relevant de l'optique (monture, verre) pendant 3 années complètes et consécutives minimum à compter de la date d'effet de ladite garantie ou de la dernière consommation. Ce bonus pourra être utilisé pour des prestations de verres et montures. Le droit au bonus se calcule en « année glissante » en tenant compte soit de la date de souscription soit de la date de dernière consommation.

Ex : Souscription ou dernière consommation le 15 mai 2017, bénéficie à partir du 16 mai 2020.

Selon la garantie souscrite, un bonus fidélité médecines douces s'ajoute à la prestation prévue par ladite garantie à compter de 3 années civiles et consécutives d'adhésion dans une garantie incluant ce bonus.

L'ancienneté se calcule à partir de l'année civile à laquelle la garantie proposant ce bonus a pris effet.

Ex : Souscription le 15 mai 2017, bénéficie à partir du 16 mai 2020.

21.2.2. Forfait Automédication

Lorsqu'il est prévu par la garantie, le forfait automédication est versé pour les médicaments listés ci-dessous, à la condition qu'ils bénéficient d'un taux de TVA < à 20% et sur présentation d'un justificatif selon le type de forfait souscrit (facture détaillée et nominative d'un pharmacien indiquant le taux de TVA applicable à chaque produit). Il comprend :

- les médicaments remboursés à 30% par le RO,
- les médicaments remboursés à 15 % par le RO,
- les médicaments homéopathiques remboursés à 30 % par le RO,
- les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO, sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM.

21.2.3. Forfait médecines douces

Lorsqu'il est prévu par la garantie, le forfait médecines douces est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte).

Il comprend le remboursement des actes d'ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, bio kinergie, kiné méthode Mézières, microkinésithérapeute, psychomotricien, acupuncture, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe.

Le remboursement des frais engagés est soumis :

- concernant l'ostéopathie, à la présence du praticien sur la liste déposée auprès du préfet,
- concernant les autres disciplines au respect des conditions suivantes :
 - * à la détention par le praticien du diplôme correspondant à la discipline,
 - * à l'exercice dans un cadre légal,
 - * à l'affiliation à une organisation professionnelle reconnue correspondant à la discipline.

21.2.4. Forfait prothèses dentaires et orthodontie (remboursées ou non par le RO)

Lorsqu'il est prévu par la garantie, le forfait prothèses dentaires et orthodontie est versé sur justificatif (facture du dentiste) et comprend l'ensemble des actes remboursés ou non par le RO.

21.2.5. Indemnité hospitalière/chirurgicale/Assistance

21.2.5.1 Service d'assistance

Certaines garanties de la mutuelle sont assorties d'un service d'assistance à domicile, pouvant intervenir au bénéfice de l'adhérent, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile, consécutivement à un accident ou à une maladie soudaine et imprévisible.

Ce service est assuré et géré par une société juridiquement distincte de la mutuelle, qui dispose d'un agrément pour cette activité et auprès de laquelle la mutuelle a souscrit un contrat collectif d'assurance.

Le descriptif des prestations et des conditions générales du service d'assistance est remis le cas échéant au membre participant lors de son adhésion à la mutuelle.

21.2.5.2. Indemnité hospitalière/chirurgicale

L'indemnité hospitalière/chirurgicale a vocation à intervenir en cas :

- d'hospitalisation médicale ou chirurgicale autre qu'ambulatoire,
- d'interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire,
- de séjours en établissements de repos et convalescence sous réserve d'un transfert immédiat d'une hospitalisation en chirurgie (la liste des DMT y afférente est disponible auprès de votre mutuelle)
- de séjours en établissements et centres de rééducation fonctionnelle et motrice (la liste des DMT y afférente est disponible auprès de votre mutuelle).

Dans ce cadre, il a pour objet d'assurer aux bénéficiaires désignés sur le bulletin d'adhésion, le versement d'une indemnité couvrant les dépenses restées à leur charge après intervention le cas échéant de leurs régimes obligatoires et des garanties santé soumise au présent règlement souscrit.

a) Champ d'application

L'indemnité hospitalière/chirurgicale prend en charge, totalement ou partiellement en complément des prestations de la garantie d'une garantie santé et dans la limite du niveau choisi les frais suivants :

- chambre particulière en établissement d'hospitalisation,
- frais d'accompagnants (repas pris dans la ville où se situe l'établissement ou dans un rayon de 10 km autour de celui-ci et couchette en établissement d'hospitalisation),
- frais d'hôtel des accompagnants (maximum 2 personnes) si l'hospitalisation de l'adhérent est à plus de 50 km de son lieu d'habitation,
- forfait hospitalier, frais de télévision, thermomètre,
- dépassements d'honoraires en cas d'intervention chirurgicale, y compris de type ambulatoire.

b) Fonctionnement

Sur présentation d'un certificat de séjour et de justificatifs de dépenses, une indemnité hospitalière est versée par journée d'hospitalisation afin de couvrir les frais détaillés à l'article 21.2.5.2 a)

Peut se rajouter, sur présentation de justificatifs de dépenses une indemnité chirurgicale accordée une fois par séjour, en cas d'intervention chirurgicale.

Ces 2 types d'indemnités constituent une enveloppe globale qui peut être affectée en totalité à la prise en charge de dépassements d'honoraires ou toutes autres dépenses rentrant dans le champ d'application du présent article de 1^{er} jour.

c) Hospitalisation en ambulatoire

Seules les hospitalisations ambulatoires donnant lieu à une intervention chirurgicale peuvent donner lieu à une prise en charge.

Les hospitalisations ambulatoires nécessitant le recours à un secteur opératoire sont assimilées à une hospitalisation chirurgicale.

d) Durée et service de la prestation

Les indemnités sont calculées à compter du premier jour d'hospitalisation et dans la limite de 240 jours par bénéficiaire et par année civile, le crédit

d'indemnisation se reconstituant au 1er janvier de chaque année.

Toutefois, les séjours en établissements de repos et convalescence sont pris en charge dans une limite de 30 jours par bénéficiaire et par année civile, si l'adhérent a subi une intervention chirurgicale et si son entrée dans l'un des établissements précités suit immédiatement sa sortie du centre hospitalier ou de la clinique où s'est déroulée l'intervention chirurgicale.

Les séjours en établissements de rééducation fonctionnelle et motrice sont pris en charge dans une limite de 30 jours par bénéficiaire et par année civile.

En cas de coma de longue durée, la durée d'indemnisation est limitée à 240 jours, toutefois le crédit d'indemnisation n'est pas reconstitué.

e) Exclusions

L'indemnité hospitalière/chirurgicale ne prend pas en charge les frais relatifs :

- aux hospitalisations débutant avant la prise d'effet de l'adhésion ou pendant les stages,
- aux hospitalisations ne donnant pas lieu à une prise en charge de la sécurité sociale,
- aux séjours dans des établissements situés hors du territoire national,
- aux hospitalisations ambulatoires autres que chirurgicales,
- aux séjours dans les établissements spécialisés à savoir : les maisons de plein-air, de retraite, les établissements et services thermaux-climatiques, diététiques, centres hélio-marins, hospices de vieillards, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, centres médicaux ou psychopédagogiques, les séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, aériums, homes d'enfants,
- aux cures de désintoxication liées à la tabagie, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil, les traitements esthétiques, de rajeunissement, de check-up,
- aux malformations congénitales et leurs complications, aux maladies mentales,
- aux tentatives de suicide ou tout acte intentionnel,
- à la participation volontaire à des émeutes, mouvements populaires, rixes, paris et crimes,
- aux faits de guerre civile et étrangère,
- à la désintégration du noyau atomique, cataclysme, tremblement de terre,
- à la pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel ainsi qu'à l'usage d'aéronefs privés.

Par ailleurs, elle ne rembourse pas la participation forfaitaire restant à la charge de l'assuré sur les actes lourds, mis en place le 1er septembre 2006.

21.2.6. Téléconsultation

Un service de téléconsultation médicale est intégré à vos garanties Frais de Santé. Ce nouveau service permet aux membres participants et le cas échéant à leurs ayants-droit de bénéficier de consultations médicales à distance, (avec un diagnostic et le cas échéant une ordonnance), dans le cadre autorisé par le Code de la Santé Publique, par téléphone au 09.74.59.59.84 ou par mail sécurisé à l'adresse suivante www.medecindirect.fr. VIASANTÉ Mutuelle a fait appel à MédecinDirect - Société par actions simplifiée - Siège social : 1 Chemin de Saulxier 91160 Longjumeau - Immatriculée au RCS sous le numéro 508 346 673, habilitée à réaliser de la téléconsultation médicale, en vertu d'un contrat signé avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France le 14/12/2015 et d'une autorisation de la CNIL (Délibération N° 2016-184 du 16/06/2016). Le service de téléconsultation médicale MédecinDirect est présenté sur le site figurant à l'adresse suivante : <http://www.medecindirect.fr/teleconsultation/>

Article 22 - Base et limite de remboursement

22.1. Base de remboursement

Les prestations proposées par VIASANTÉ Mutuelle sont déterminées par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale. Les modifications s'appliquent aux membres concernés dans les conditions et date d'effet fixées par l'instance statutaire habilitée (Assemblée Générale ou Conseil d'Administration) après notification.

Les prestations sont calculées, conformément aux différentes Nomenclatures d'actes, sur la base de remboursement de la sécurité sociale (B.R.S.S) en vigueur ou sur des montants forfaitaires, indiqués à la fin du présent livret, déduction faite du remboursement du régime d'assurance maladie s'il existe. Les taux de remboursement indiqués intègrent la part prise en charge par le régime obligatoire et par VIASANTÉ Mutuelle.

22.2. Limite de remboursement

Les forfaits annuels s'entendent par année civile. Ils se renouvèlent donc chaque 1^{er} janvier.

En application des dispositions de l'article L224-8 du code de la mutualité, les remboursements effectués par VIASANTÉ Mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L861-3 du code de la sécurité sociale.

En application de la loi Evin du 31 décembre 1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 23 - Modalités de remboursement des prestations

23.1. Conditions de versement des prestations

23.1.1. Mise en jeu des garanties

Pour percevoir les prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations et des éventuels frais de recouvrement.

Sous réserve d'éventuels délais de stage, les prestations sont servies dès la prise d'effet de l'adhésion, à condition que la date de soins et la date de survenance des événements soient postérieures à la prise d'effet de l'adhésion. Sont pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle en fonction des garanties et limites précisées au descriptif de la garantie choisie, les frais de soins de santé ayant donné lieu à remboursement préalable par le régime d'assurance maladie. La date des soins est réputée être celle indiquée sur les décomptes du régime d'assurance maladie, sauf cas spécifiques.

Concernant l'orthodontie (acceptée ou refusée), le fait générateur est réputé être la date de début des travaux.

Sont également couvertes les prestations ne donnant pas lieu à une prise en charge par le régime d'assurance maladie et indiquées expressément au descriptif de la garantie choisie. Pour ces prestations, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés.

VIASANTÉ Mutuelle n'effectue aucun remboursement de prestations pour les consultations, les actes chirurgicaux, les séjours en établissement, les délivrances de médicaments, et plus généralement pour tous les actes pratiqués dont la date se situe antérieurement à la date d'effet de l'adhésion et/ou postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

23.1.2. Demandes de devis

Afin de connaître avant la réalisation de leurs soins ou de leurs achats, le montant des prestations optiques ou dentaires auxquelles ils peuvent prétendre, les adhérents peuvent demander un devis écrit aux services de la mutuelle.

23.1.3. Stages

Pas de stage.

23.1.4. Pièces à fournir

Le versement des prestations par VIASANTÉ Mutuelle est, le cas échéant, subordonné au paiement (selon les systèmes de transmission en place) de la prise en charge par le régime d'assurance maladie, à la production du décompte établi par le régime d'assurance maladie, d'une facture acquittée, ou encore du relevé de prestations de l'organisme complémentaire, nécessaire au déclenchement de la prestation.

VIASANTÉ Mutuelle se réserve le droit de demander la production du document original ou de toute autre pièce justificative même en cas de liaison établie entre VIASANTÉ Mutuelle et le régime d'assurance maladie.

23.1.5. Tiers payant et carte mutualiste

Il sera demandé au membre participant de compléter un bulletin d'adhésion. Il lui sera remis une Carte de Tiers Payant permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par ladite carte en conformité avec les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale.

Cette carte mentionne explicitement les prestations couvertes en tiers payant par la garantie souscrite.

Cette carte de tiers payant reste la propriété de la Mutuelle.

Le membre participant s'engage, si la carte de tiers payant est en cours de validité, à en assurer la restitution à la Mutuelle dans le délai de quinze jours suivant la cessation de ses garanties.

Le membre participant devra restituer les sommes payées par la Mutuelle relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties.

23.2. Les soins à l'étranger

Des prestations peuvent être allouées par la mutuelle s'il y a prise en charge des frais par le régime d'assurance maladie français auquel appartient le membre participant. Le remboursement n'interviendra qu'après présentation du décompte établi par le régime d'assurance maladie français et de la facture acquittée accompagnée, le cas échéant, de sa traduction en français (la mutuelle se réservant le droit d'en contrôler l'exactitude) et ce dans la limite du montant ou taux prévu par la garantie.

23.3. Produits achetés via Internet ou produits non remboursés par le RO achetés à l'étranger.

Les produits non remboursés par le RO achetés à l'étranger ne sont pas pris en charge.

Les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf :

- les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencé par l'Ordre national des pharmaciens sur son site ;
- les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.

23.4. Modalités de règlement des prestations

Les prestations sont réglées directement :

- au membre participant,
- aux professionnels de santé et établissements de soins sur la base de convention de tiers payant à cet effet.

Les prestations sont réglées par virement sur compte bancaire ou de caisse d'épargne.

23.5. Prestations indûment perçues

De manière générale et quel qu'en soit le motif, les sommes indûment versées sont recouvrables auprès de l'adhérent. Le membre participant est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser dès réception dudit courrier.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par VIASANTÉ Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par VIASANTÉ Mutuelle seraient réduites à due concurrence et les dispositions de l'article 2 du décret n°90-769 du 30 août 1990 seront appliquées.

Le membre bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit un remboursement pour les frais pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Article 24 - Prescription

En application des dispositions de l'article L 221-11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ces délais ne courent :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L.221-12 du code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Selon les cas et hormis les accords de télétransmission avec d'autres organismes payeurs, les demandes de paiement des prestations, décomptes du régime d'assurance maladie et facture acquittée doivent être produits dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins ou de facturation. À l'expiration des délais susmentionnés, le membre participant est déchu du bénéfice des prestations.

Article 25 - Subrogation - recours contre tiers

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

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par VIASANTÉ Mutuelle n'indemnisé ces éléments de préjudice. En est exclu, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit qui leur demeure acquise.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé à la mutuelle que si celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée. Il ne devient définitif que 15 jours après l'envoi de cette lettre.

La mutuelle est également subrogée de plein droit à ses adhérents pour le règlement des prestations afférentes aux dossiers de ces derniers au regard des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole ou de tout autre organisme similaire dont ils dépendent obligatoirement.

Article 26 - Accident

Il est précisé que dans tous les cas d'accidents, les membres participants devront faire à VIASANTÉ Mutuelle une déclaration mentionnant l'existence d'un ou plusieurs contrats d'assurance les garantissant dans ce domaine et précisant les conditions dans lesquelles l'accident a eu lieu, les noms et coordonnées des tiers impliqués et des témoins ainsi que la prise en charge dudit accident par l'organisme susvisé.

Accidents du travail :

Sont exclues des garanties, les conséquences provenant d'un accident du travail, qu'il soit régi par les législations spéciales en cette matière ou qu'il soit survenu au cours ou à l'occasion de l'exercice d'une profession, d'un métier, d'un commerce, dans la mesure où le membre bénéficiaire dispose de la couverture prévue à cet effet par les textes législatifs et réglementaires.

L'intervention de VIASANTÉ Mutuelle est ici limitée à la couverture des actes hors nomenclatures et des dépassements d'honoraires inscrits dans la garantie souscrite par le membre bénéficiaire.

Accident de droit commun :

En cas d'accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, VIASANTÉ Mutuelle n'intervient qu'à défaut de police d'assurance individuelle souscrite par le membre dans la mesure où cette dernière ne couvre pas les frais chirurgicaux, médicaux ou d'hospitalisation, dans la limite des garanties souscrites par le membre bénéficiaire.

En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre bénéficiaire doit apporter la preuve à la mutuelle qu'il a engagé, à l'encontre du tiers responsable ou de son assureur substitué, une action judiciaire, civile ou pénale, en vue de faire connaître son droit à réparation. La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou à défaut, par une pièce délivrée par le Greffier ou un Avocat.

VIASANTÉ Mutuelle accorde alors sa prise en charge mais par application des dispositions concernant la subrogation, elle est subrogée de plein droit à son membre victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

Article 27 – Remboursements exclus

Sont exclus des remboursements accordés par VIASANTÉ Mutuelle :

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L 322-2 du code de la sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation prévue aux articles L 162-5-3 du code de la sécurité sociale et L1111-15 du code de la santé publique
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- les actes non pris en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire français, à l'exception toutefois des prestations définies pour chaque garantie/option,
- les frais liés au long séjour, aux séjours en établissements médico-sociaux ou en maison de retraite.

Tous les soins engagés antérieurement à la date d'adhésion ou à la date d'entrée en vigueur des garanties / options ne donnent pas droit à prise en charge de la part de VIASANTÉ Mutuelle. Par soins engagés, il faut entendre la date de réalisation des soins.

Article 28 – Fausses déclarations

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant, par VIASANTÉ Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

CHAPITRE 7 – COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE - ACTION SOCIALE

Article 29 – Commission entraide mutualiste - Action sociale

Il existe au sein de chaque comité VIASANTE au moins une Commission entraide mutualiste - Action sociale.

Chaque Commission entraide mutualiste - Action sociale se compose au maximum de 10 délégués de la Mutuelle, elles se réunissent une fois par trimestre.

Ces commissions ont pour objet d'accompagner les participants en situation de détresse, face à un accident, une maladie, un handicap ou un décès, en leur attribuant une aide financière.

CHAPITRE 8 – PRÉVENTION

Article 30 – Actions de prévention

Des actions de prévention du type formation ou réunion d'information par exemple peuvent être mises en place à destination des membres participants et de leurs ayants droit.

CHAPITRE 9 – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 31 – Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par VIASANTÉ Mutuelle, membre du groupe AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

- Des données relatives à votre âge, votre situation familiale et professionnelle, à votre santé. Ces données sont nécessaires à l'étude de vos besoins et de votre profil afin de vous proposer des produits et services adaptés ;
- De vos coordonnées de contact, votre Numéro d'Inscription au Répertoire* (NIR) et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés ;

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de complémentaire santé, individuelle ou collective ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- La lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- Les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse de vos données, notamment pour répondre à nos obligations de conseil, de déterminer les garanties, les placements ou les prestations et de vous proposer des contrats et services adaptés.

Les données nécessaires à la gestion de votre contrat et des services associés sont conservées pendant la durée de votre contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant la durée de votre contrat et pour une durée de 3 ans après la fin de votre contrat ou après le dernier contact émanant de votre part.

Les informations présentées comme obligatoires sont nécessaires à la bonne exécution de votre contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux membres du groupe AG2R La Mondiale et à ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs, qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement et leur portabilité. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, demander la limitation d'un traitement ou vous opposer à sa mise en œuvre. Enfin, vous avez la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à VIASANTÉ Mutuelle, à l'attention du Délégué à la protection des données (DPD) - 1 avenue Carsalade du Pont - CS 89921 - 66866 PERPIGNAN cedex 9 ou à DPD@VIASANTÉ.fr

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Nous apportons la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant porte atteinte à vos droits vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection de la vie privée et des données à caractère personnel, retrouvez des explications complémentaires sur le site internet de VIASANTÉ Mutuelle : www.viasante.fr.

*NIR : Numéro de sécurité sociale

Article 32 - Traitement des réclamations, conciliation et médiation

Le traitement des réclamations est effectué par le service traitement des réclamations que vous pouvez saisir en adressant un courrier à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle, service réclamations, TSA 10005 à (11804) CARCASSONNE Cedex ou par courrier électronique à l'adresse suivante : contact.reclamation@VIASANTÉ.fr ou par téléphone au 09 69 39 3000.

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du règlement, le membre participant peut avoir recours au conciliateur de la Mutuelle désigné par le Conseil d'Administration, en adressant un courrier au Secrétaire général de la Mutuelle, 12 place de la halle - 19100 BRIVE ou un courrier électronique à l'adresse suivante : conciliation@VIASANTÉ.fr.

Si le désaccord persiste, la personne morale souscriptrice pourra alors saisir gratuitement le service **de Médiation de la consommation de la Mutualité Française**, 255 rue de Vaugirard 75015 PARIS. La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de VIASANTÉ Mutuelle.

Conformément à l'article R.612-5 du code de la consommation, une proposition sera rendue au plus tard dans le délai de 90 jours, sauf en cas de litige complexe.

La proposition du médiateur ne s'impose pas aux parties et le recours au juge reste possible.

La médiation mutualiste ne peut être saisie lorsqu'une action contentieuse a été préalablement engagée.

Article 33 - Opposition au démarchage téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, conformément à l'article L.223-1 du code de la consommation vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL au démarchage téléphonique.

Selon la réglementation en vigueur, cette demande ne sera prise en compte qu'à la fin de la relation contractuelle qui vous lie à VIASANTÉ Mutuelle.

Article 34 - Interprétation

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

Article 35 - Loi applicable

La loi applicable est la loi française à l'exclusion de toute autre.



GARANTIE
COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ
VIACAMPUS*

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ VIACAMPUS*

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ VIACAMPUS*

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ VIACAMPUS*

+
**RENFORT
1**

+
**RENFORT
2**

+
**RENFORT
3**

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE, REPOS, SOINS DE SUITE, CURES EN HOSPITALISATION, OBSTÉTRIQUE

Honoraires / Radiologie / Biologie / Auxiliaires Médicaux (1)	100%	100%	100%	100% + 100 €/an
Transport (1)	Taux RO	Taux RO	Taux RO	Taux RO + 200 €/an
Frais de séjour (en établissement conventionné ou non)	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière (2)	-	-	20 €/jour	40 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire (3)	-	-	18 €/jour	18 €/jour
Frais d'accompagnants (4)	-	-	-	16 €/jour
Forfait journalier dès le premier jour (5)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins externes (1)	100%	100%	100%	100%
Indemnités hospitalières (6)	-	17 €/jour	17 €/jour	24 €/jour
Indemnités chirurgicales (6)	-	46 €	46 €	69 €

CONSULTATIONS ET SOINS COURANTS

Honoraires et actes de généralistes (1)	100%	100%	100%	100% + 25 €/an
Honoraires et actes de spécialistes (1)	100%	100%	100%	100% + 25 €/an
Auxiliaires médicaux (kiné, infirmier, orthophoniste, podologue, orthoptiste) (1)	Taux RO	Taux RO	Taux RO + 15 €/an	Taux RO + 30 €/an
Radiologie (1)	70%	70%	70% + 20 €/an	70% + 30 €/an
Biologie (1)	95%	95%	95% + 15 €/an	95% + 25 €/an

MÉDICAMENTS

Médicaments remboursés par le R.O. à 65%	100%	100%	100%	100%
Automédication (7)	-	30 €/an	40 €/an	60 €/an
«Je tousse», «J'ai mal», «Je stresse», «Je suis à plat»	-	(choix de 2 forfaits)	(choix de 3 forfaits)	(4 forfaits inclus)

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES MÉDICALES

Appareillages et prothèses médicales (1)	Taux RO	Taux RO	Taux RO	Taux RO + 200 €/an
Prothèses auditives (1)	Taux RO	Taux RO	Taux RO + 100 €/an	Taux RO + 200 €/an

DENTAIRE

Soins dentaires	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires remboursées et non remboursées par le R.O.	Taux RO	Taux RO	Taux RO + 150 €/an	Taux RO + 300 €/an
Orthodontie remboursée et non remboursée par le R.O.	Taux RO	Taux RO	Taux RO + 55 €/an	Taux RO + 55 €/an

OPTIQUE

Monture + verres (1)	100%	100%	100% + 50 €/an	100% + 100 €/an
Lentilles remboursées ou non par le R.O.	Taux RO	Taux RO	Taux RO + 60 €/an	Taux RO + 100 €/an
Bonus Fidélité et Responsabilité (si forfait «monture + verres» non utilisé pendant 3 ans)	-	-	30 €	50 €
Chirurgie réfractive de l'œil	-	-	-	150 €/an

PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE (REMBOURSÉ OU NON PAR LE R.O.)

Médecines Douces (8)	-	20 €/séance (1 séance/an)	20 €/séance (2/an) + 5 €/séance dès 3 ans	20 €/séance (3/an) + 5 €/séance dès 3 ans
Forfait pilule contraceptive	Taux RO	Taux RO + 30 €/an	Taux RO + 40 €/an	Taux RO + 50 €/an
Forfait préservatifs (9)	-	10 €/an	15 €/an	20 €/an
Forfait Contraception d'urgence (limité à 1 prise)	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Vaccins	Taux RO	Taux RO + 40 €/an	Taux RO + 50 €/an	Taux RO + 60 €/an
Forfait arrêt tabac (hors e-cigarette) (9)	Taux RO	Taux RO + 30 €/an	Taux RO + 40 €/an	Taux RO + 50 €/an
Gel lavant (anti-acnée, gel intime, gel anti-bactérien) (9)	-	20 €/an	25 €/an	30 €/an
Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de l'article R871-2 du code de la sécurité sociale	100%	100%	100%	100%

VIASSISTANCE

24 h / 24, 7 j / 7 : Aide à domicile, portage médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne... (10)	-	Inclus	Inclus	Inclus
--	---	--------	--------	--------

TÉLÉCONSULTATION

Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...). Voir règlement mutualiste.	Inclus	-	-	-
--	--------	---	---	---

GLOSSAIRE

A.L.D : Affection Longue Durée.

A.M.O. : Assurance Maladie Obligatoire.

Assuré Social : Personne affiliée à un régime de Sécurité sociale.

Ayant droit : Personne bénéficiant des garanties prévues au contrat non à titre personnel mais du fait de ses liens avec le membre participant. Les ayants droit peuvent être dans le cadre d'une couverture complémentaire santé le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS, les enfants, les personnes à charge.

Base de remboursement (BR) : Il s'agit de la base de calcul retenue par la Sécurité sociale pour le montant de ses remboursements.

Bulletin d'adhésion : Formulaire permettant de constater la souscription des garanties et indiquant en particulier la nature de la garantie choisie et la date d'effet de la couverture.

Certificat de radiation : Document indiquant la date à partir de laquelle les membres bénéficiaires ne font plus partie de l'effectif de la mutuelle. Ce document est remis par la mutuelle aux membres bénéficiaires à jour de leurs cotisations.

Césure (année de césure) : Interruption des études pendant 1 an.

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) : C'est une nomenclature des actes techniques réalisés par les professionnels de santé.

Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) : La CMUC complète la couverture de base accordée à toute personne résidant de façon régulière en France. Elle permet de bénéficier gratuitement, sous conditions de revenus, d'une prise en charge complémentaire aux remboursements de l'assurance maladie sans avoir à faire l'avance des frais.

Date d'effet de l'adhésion : Date à partir de laquelle le membre bénéficiaire est effectivement membre de la mutuelle.

Date d'effet des garanties choisie : Date à partir de laquelle le membre bénéficiaire peut bénéficier du remboursement de ses prestations, sous réserve de l'application de stages.

Date d'effet de la radiation : Date à partir de laquelle le remboursement de prestations correspondant à des actes pratiqués postérieurement à cette date n'est plus dû.

Délai de stage : Période pendant laquelle certaines prestations, voire la totalité, ne sont pas dues.

Dépassement d'honoraires : Différence entre les honoraires demandés par un praticien et le tarif de responsabilité Sécurité sociale (ou tarif de convention). Ces remboursements ne sont jamais pris en compte au titre du régime d'assurance maladie.

Détermination de l'âge : Dans tous les cas où il est fait appel à la notion d'âge, celui-ci est déterminé par différence entre le millésime de l'année civile en cours et l'année de naissance du bénéficiaire.

Echéance : Date à laquelle une fraction ou la totalité des cotisations doivent être réglées.

Exonération du ticket modérateur : Existe dans certaines conditions précises relatives à la nature de la maladie, au coût des dépenses ou à la situation des personnes. Les personnes exonérées du ticket modérateur voient leurs dépenses intégralement prises en charge par le régime d'assurance maladie. Cette prise en charge peut être relative à l'ensemble des soins ou aux seuls soins dus à la maladie exonérante. Les dépassements de tarif restent à la charge des patients exonérés du ticket.

Forclusion : Perte de la possibilité de faire valoir son droit au remboursement des prestations.

Forfait Journalier Hospitalier : Contribution des assurés sociaux aux frais d'hébergement ou d'entretien pour un séjour supérieur à une journée dans un établissement public ou privé d'hospitalisation.

Honoraires médicaux : Rémunération d'un professionnel de santé.

Membre bénéficiaire : Personne pouvant bénéficier des prestations prévues aux garanties souscrites qu'elle soit membre participant ou ayant droit.

Membre cotisant : Membre bénéficiaire qui acquitte, pour l'ensemble des membres bénéficiaires figurant sur le bulletin d'adhésion, la cotisation annuelle des garanties souscrites par le membre participant.

Membre honoraire : Personne physique qui verse des cotisations, des contributions ou fait des dons à la mutuelle sans bénéficier des prestations.

Membre participant : Le membre participant se définit comme étant celui qui a concrétisé son adhésion par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Mise en demeure : Réclamation effectuée auprès du membre participant lorsque celui-ci n'a pas réglé une partie ou une totalité de ses cotisations à une échéance donnée. Elle prend la forme d'une lettre recommandée.

Prescription : Document délivré par une autorité médicale destiné à prescrire un traitement.

Prise en charge : Accord donné par un organisme de Sécurité sociale ou une mutuelle afin de verser des prestations, dès lors que la personne remplit les conditions administratives ou médicales requises.

Renouvellement : Quelle que soit la date d'adhésion et à l'exception des bénéficiaires CMU pour le régime complémentaire légal, la couverture des garanties est accordée jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Son renouvellement intervient chaque année à compter du 1er janvier.

R.O : Régime Obligatoire.

Statuts : Recueil des règles générales de fonctionnement de la mutuelle. Ce document est remis à l'ensemble des membres participants à l'adhésion. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.

Subrogation : Substitution de la mutuelle à son membre participant dans son action pour obtenir le remboursement des prestations qui lui sont dues.

Suspension : Dans certains cas, et notamment lorsque les cotisations n'ont pas été réglées, la garantie peut être suspendue. Aucun remboursement de prestations n'est dû pendant la période de suspension.

T.A.A. (T2A) : Tarification à l'Activité.

Tacite reconduction : Permet au membre participant de ne pas devoir notifier chaque année à la mutuelle son souhait de poursuivre son adhésion l'année suivante et de la reconduire ainsi automatiquement.

Tarif d'autorité : Tarif de remboursement appliqué par la Sécurité sociale vis à vis des praticiens ou des établissements privés non conventionnés.

Tarif de convention : Tarif des prestations d'assurance maladie, établi par convention entre les caisses d'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé. Sert de référence pour le règlement des prestations complémentaires.

Tarif de responsabilité : Tarif de base de la Sécurité sociale en l'absence de convention. Sert de référence pour le règlement des prestations complémentaires.

Ticket modérateur : Différence entre le tarif 100 % Sécurité sociale et le montant du remboursement versé par le régime de base.

Tiers payant : Système permettant aux membres participants d'être dispensés de faire l'avance de leurs frais. Dans ce cas, la part restant à leur charge est directement remboursée par la mutuelle au professionnel de santé ayant consenti la dispense.

UN FONCTIONNEMENT SOLIDAIRE ET DÉMOCRATIQUE

VIASANTÉ Mutuelle est ouverte à tous, quel que soit l'âge et le régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Son fonctionnement repose sur un principe d'entraide solidaire : les cotisations de chacun permettent de surmonter les risques de tous. Les adhérents élisent leurs délégués à l'Assemblée générale. Ces derniers sont chargés de fixer les orientations de la Mutuelle et de veiller à leur bonne mise en oeuvre.

UN ACTE FORT : L'ADHÉSION VOLONTAIRE

En choisissant d'adhérer à VIASANTÉ Mutuelle, vous devenez «membre participant» de votre Mutuelle. Que votre démarche soit individuelle ou s'effectue par l'intermédiaire d'une entreprise, vous avez des droits mais aussi des devoirs.

Adhérer vous engage à respecter les statuts, les décisions prises par l'Assemblée générale et le Conseil d'administration de la Mutuelle, les règlements mutualistes et/ou le cas échéant le contrat passé avec votre entreprise.