

règlement intérieur

2017

Préambule

La mise en place d'un règlement intérieur n'est pas obligatoire mais recommandée par la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française) et par l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

Conformément à l'article 4 des statuts, l'objet du règlement intérieur est de préciser certains points des statuts, car il permet une plus grande souplesse pour sa mise en œuvre puisque ses modifications sont applicables immédiatement par le conseil d'administration puis ratifiées par la prochaine assemblée générale.

Les statuts, s'ils font l'objet de trop grandes précisions, ne permettent pas au conseil d'administration une grande réactivité puisque leurs modifications doivent d'abord être validées par l'assemblée générale avant de pouvoir être appliquées.

Le rôle du conseil d'administration, notamment dans le pilotage de la mutuelle et de son organisation au sens large, est central. L'administrateur s'inscrit donc comme l'acteur majeur de la gouvernance, de l'organisation et du contrôle. Sa responsabilité a deux versants : le pouvoir décisionnel mais aussi la responsabilité en cas de difficultés.

Aussi, le présent règlement intérieur, qui s'ajoute aux procédures internes, est un outil au service du conseil d'administration et nécessaire au bon fonctionnement de la gouvernance de la mutuelle et à son contrôle.

Sections de vote et collèges

Article I DÉFINITION DES SECTIONS DE VOTE

La mutuelle est composée de deux sections de vote dont la composition est la suivante :

- a) Membres participants et honoraires anciennement adhérents à la « Mutuelle du Personnel du Centre Hospitalier du ROUVRAY » ou nouveaux membres participants de la Section Santé Rouvray de la Fraternelle. Cette section de vote est dénommée « **Section de vote Rouvray** »,
- b) Les autres membres participants et honoraires sont regroupés dans une section de vote dénommée « **Section de vote Fraternelle** ».

Article II RÉPARTITION ET DÉFINITION DES COLLÈGES

Les délégués de sections de vote sont répartis comme suit :

- a) **Section de vote Rouvray**
 - Collège A : les membres participants actifs.
 - Collège B : les membres participants retraités.
- b) **Section de vote Fraternelle**
 - Collège A : les membres participants actifs.
 - Collège B : les membres participants retraités.

Article III NOMBRE DE DÉLÉGUÉS

Chaque section de vote, et à l'intérieur de chaque section chaque collège, élit 1 délégué titulaire par tranche commencée de 60 membres participants et honoraires.

Chaque liste de candidatures doit comporter au minimum 50 % de plus que le nombre de délégués titulaires requis.

Les effectifs à prendre en compte dans chaque section de vote et par collège pour la détermination du nombre de délégués titulaires et suppléants sont ceux connus au 31 décembre de l'année précédant les élections.

Sur délégation de l'assemblée générale, le conseil d'administration règle les questions concernant le nombre de délégués titulaires et suppléants par section de vote et par collège.

Article IV ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

Une fois l'intégralité des postes de délégués pourvus, les candidats ayant recueilli une majorité de voix favorables sont élus délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant par nombre de voix décroissant, et, en cas d'égalité, priorité étant donnée aux candidats dont l'adhésion à la mutuelle est la plus ancienne.

Les élections ne pourront être validées que si la participation électorale est au moins égale à 10 % du nombre des membres participants de la section de vote considérée. Dans la négative, un second tour de scrutin avec les mêmes candidats qu'au tour précédent sera organisé sans obligation de quorum.

Article V LIMITE D'ÂGE DES DÉLÉGUÉS

Pour être éligibles en qualité de délégué à l'assemblée générale, les membres participants doivent être âgés de 18 ans accomplis et de moins de 75 ans au 1^{er} janvier de l'année civile de l'élection. Ils doivent être inscrits depuis au moins un an à la mutuelle en qualité de membre participant.

La limite d'âge de 75 ans ne s'applique pas pour le renouvellement du mandat d'un délégué sortant.

Le nombre de délégués à l'assemblée générale ayant dépassé la limite d'âge fixée à 75 ans, ne peut excéder le tiers des délégués représentant une section ou un collège de retraités.

Assemblée générale

Article VI CONVOCATION

La convocation (première et deuxième assemblée) est faite par écrit à l'ensemble des délégués titulaires et suppléants dans les quinze jours au moins qui précèdent la date de la réunion.

Les délégués suppléants sont convoqués à l'assemblée générale et y siègent à titre d'auditeurs.

Dans le même temps, un courrier est envoyé à tous les membres participants qui peuvent siéger à l'assemblée générale comme auditeur, sous réserve de s'inscrire huit jours avant celle-ci.

Conseil d'administration

Article VII RÉUNIONS

A titre exceptionnel et sur décision du président, le conseil d'administration pourra se tenir par des moyens de visioconférence ou de télécommunications.

Dans ce dernier cas, sont considérés comme présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les membres du conseil d'administration qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunications permettant leur identification et garantissant leur participation effective.

Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont aux caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations, conformément aux dispositions de l'article L.114-20 du code de la mutualité.

Toutefois, pour l'arrêté des comptes annuels et l'établissement du rapport de gestion de la mutuelle et si un vote à bulletin secret est prévu à l'ordre du jour, le conseil d'administration ne pourra en aucun cas se tenir par des moyens de visioconférence ou de télécommunications.

Formalités administratives des adhérents

Article VIII ADHÉSION

Dès qu'il remplit les conditions, chaque membre du personnel ou ancien membre du personnel des entreprises partenaires ou en contact avec la Fraternelle interentreprises est contacté par la mutuelle pour lui proposer l'adhésion.

Le dossier remis à chaque personne comprend : les statuts, le règlement mutualiste, le règlement intérieur, un bulletin d'adhésion et un mandat de prélèvement.

Article IX CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE OU ADMINISTRATIVE

Les modifications concernant la situation familiale ou administrative des membres participants, ainsi que les différentes modifications qui surviennent, doivent être, dans tous les cas, signalées à la mutuelle.

Elles seront effectives le 1^{er} du mois qui suit la réception des documents justificatifs. Afin d'éviter tout litige, le membre participant doit s'enquérir de la bonne réception par la mutuelle des documents transmis à celle-ci.

La mutuelle ne peut être tenue pour responsable des conséquences d'un incident d'acheminement ou d'une déclaration tardive faite par l'intéressé. Les cotisations versées ne sont pas remboursables au membre participant lorsque la mutuelle n'a pas reçu en temps utile les informations.

Article X DÉMISSION

La démission ne peut être acceptée qu'après restitution de la carte de mutualiste en cours de validité (elle comporte une date de validité pour le tiers payant). Les cotisations restent dues tant que ce document en cours de validité n'est pas restitué.

Article XI RADIATION

La radiation d'un membre participant entraîne la radiation de ses membres bénéficiaires.

A réception de la lettre de résiliation des garanties, le membre est tenu, sur demande de la mutuelle, de restituer la carte de mutualiste en cours de validité.

Article XII CARTE DE MUTUALISTE

La Fraternelle interentreprises adresse une fois par an, dans la seconde quinzaine de décembre, une carte individuelle de mutualiste valable pour l'année civile à chaque membre participant inscrit au 1^{er} janvier dans la mesure où il est à jour de ses cotisations et que ses délais de stage sont terminés.

Pour une adhésion en cours d'année, la carte est envoyée à la demande du membre participant dans les mêmes conditions.

Les enfants à charge de 16 ans et plus inscrits en qualité de membres bénéficiaires sont portés sur la carte si le membre participant a remis un justificatif de la poursuite de leurs études.

La carte de mutualiste en cours de validité doit être restituée lors d'une fin d'adhésion (radiation pour tous motifs ou démission). Son utilisation abusive entraîne, outre le remboursement des sommes indûment versées, des poursuites judiciaires en vue de l'obtention de dommages et intérêts pour préjudice subi.

Formalités des adhérents pour les prestations

Article XIII HOSPITALISATION

En cas de séjour dans un établissement hospitalier public ou une clinique conventionnée avec la Sécurité sociale, une prise en charge peut être délivrée par la mutuelle à tout membre participant (pour lui-même ou pour un membre bénéficiaire inscrit) dans la mesure où il remplit toutes les conditions d'ouverture du droit aux prestations.

Cette prise en charge, limitée dans le temps, est valable pour le ticket modérateur, et/ou le forfait hospitalier journalier, et le cas échéant, pour le supplément pour chambre particulière, prestations telles que définies au règlement mutualiste.

La participation de la mutuelle aux dépassements d'honoraires n'est pas indiquée sur cette prise en charge. En cas de dépassement d'honoraires le membre participant doit les régler et adresser à la mutuelle la facture acquittée, établie à son nom, comportant la date et le coefficient des actes chirurgicaux, ainsi que le montant des honoraires réglés.

Article XIV TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux membres participants et aux membres bénéficiaires, sur présentation d'une prescription médicale, de leur carte vitale et de leur carte de mutualiste, de ne pas régler au professionnel de santé les actes médicaux ou produits remboursables par la Sécurité sociale et par la mutuelle.

Si les membres participants ou bénéficiaires pratiquent le tiers payant uniquement pour la part de la Sécurité sociale, ils doivent demander au professionnel de santé un reçu précisant le montant des sommes versées et les taux de remboursement par la Sécurité sociale ; ce reçu devra être joint au décompte de la Sécurité sociale indiquant son remboursement effectué directement au professionnel de santé.

Article XV RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation concernant les remboursements, la mutuelle ne prend en compte que les demandes écrites accompagnées du décompte de remboursement.