

Sommaire

I - Le mot du Président	p.5
<hr/>	
II - L'Assemblée Générale	p.6
▪ Pourquoi voter	p.7
▪ Projet de résolutions à l'Assemblée Générale du 9 juin 2022	p.7
<hr/>	
III - Votre Mutuelle	p.9
▪ Qui sommes nous ? La Mutuelle en quelques chiffres	p.10
▪ L'adhérent au cœur de notre activité	p.10
▪ Nos collaborateurs : une équipe attentive et engagée	p.11
▪ Dépenses de santé par domaine	p.11
▪ L'âge des adhérents et ayants droit	p.11
▪ La Mutuelle : notre organisation	p.12
▪ Un site et une appli mobile	p.12
▪ Le soutien de la Mutuelle à l'institut Les Cent Arpents	p.13
▪ We Care : dispositif santé et bien-être des collaborateurs !	p.15
▪ Site de la Mutuelle	p.15
▪ Une Mutuelle sociale et solidaire	p.16
▪ La réforme «100% Santé»	p.17
▪ Questions / réponses sur la Mutuelle	p.18
<hr/>	
IV - Rapport de Gestion - Relatif à l'exercice 2021	p.19
▪ Les faits marquants de l'exercice	p.20
▪ Les prestations	p.21
▪ Les cotisations	p.23
▪ Le compte de résultat	p.23
▪ Le résultat financier	p.24
▪ Les autres éléments du résultat net	p.25
▪ Le compte de résultat analytique actifs et retraités	p.25
▪ Le bilan	p.26
▪ Les autres éléments	p.27
▪ Le rapport du Commissaire aux comptes sur les comptes annuels	p.29
▪ Le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées	p.33
<hr/>	
V - La Gouvernance	p.34
▪ Le Conseil d'administration	p.35
▪ Modifications des statuts	p.37
<hr/>	
VI - Annexes	p.63



Serge CHEVRIER

Président de la Mutuelle du Groupe BNP Paribas

Chères Adhérentes, chers Adhérents,

Après deux années de crise sanitaire quasiment ininterrompue et à l'heure où grondent les canons aux portes de l'Europe, les sujets de couverture santé, portés par notre Mutuelle, restent plus que jamais au cœur des préoccupations de chacun(e) et de la société toute entière.

Dans ce contexte, les équipes de votre Mutuelle ont connu une année 2021 difficile durant laquelle il a fallu à la fois gérer une activité anormalement cyclique (vagues Covid, reports de soins puis rattrapages...) et un « trou noir » très déstabilisant lorsque notre partenaire GENERATION a fait l'objet d'une cyber-attaque fin novembre 2021. Face à cette épreuve d'un arrêt brutal et total de toutes nos connexions informatiques et donc de toutes nos prestations pendant près de 3 semaines, notre écosystème a fait preuve d'une résilience remarquable ; les équipes de la Mutuelle ont en effet pu compter sur une forte solidarité du Groupe à tous niveaux (Expertises Sécurité informatique et Legal, renfort des équipes du Campus de Louveciennes, communication Association des Retraités ...), ainsi qu'à la bienveillance de la très grande majorité de nos adhérents salariés et retraités, pourtant privés provisoirement de leurs remboursements santé. Que chacun en soit sincèrement et chaleureusement remercié.

Au terme de cet exercice ô combien atypique, mais dont nous ressortons peut-être plus forts, votre Mutuelle va retrouver en 2021 des ratios d'activité et de résultats assez proches de ceux de 2019.

Tout cela permet tout à la fois de contenir les révisions de cotisations au plus près de la progression des dépenses de santé et de poursuivre l'indispensable consolidation des fonds propres de notre Mutuelle, gage de solidité et de pérennité.

Nous avons bien entendu l'ambition de poursuivre tout cela en 2022 en consolidant nos acquis récents notamment en matière de délais/prestations de service à nos adhérents et nous vous remercions très vivement et par avance de votre vote et de votre confiance renouvelée.

Avec mes sentiments les plus cordiaux à chacun(e)



“ L'Assemblée Générale ”

POURQUOI VOTER

Pourquoi avons-nous absolument besoin de votre vote ?

Car nous sommes une mutuelle, attachée à nos valeurs... et que les décisions appartiennent aux adhérents salariés et retraités.

À l'heure où le besoin de solidarité se fait encore plus nécessaire dans notre société, **démontrez par votre vote que vous êtes engagés à nos côtés** pour préserver notre modèle mutualiste d'entreprise.

Dans un monde qui se transforme et qui nécessite des adaptations permanentes, **aidez-nous, par votre confiance**, afin que votre Mutuelle (à taille humaine mais solide) puisse bénéficier d'une gouvernance efficace et ait la possibilité d'évoluer en prenant sans retard, grâce à votre vote, des décisions rapides au bénéfice de tous les adhérents.

Pourquoi voter dès la première convocation ?

En votant dès la première convocation et en vous exprimant d'emblée sur toutes les résolutions, vous éviterez une seconde convocation toujours coûteuse alors que notre Mutuelle doit avant tout, mobiliser ses capitaux et ses forces vives pour la couverture santé de ses adhérents salariés et retraités.

PROJET DE RÉSOLUTIONS

à l'Assemblée Générale du 9 juin 2022

L'Assemblée Générale aura lieu le 9 juin 2022 à 8h30, Immeuble Compans, 3-5-7 rue du Général Compans, 93500 Pantin.

Au cas où le quorum nécessaire à chaque résolution ne serait pas atteint le 9 juin, une seconde Assemblée Générale sera convoquée le 23 juin.

Les votes exprimés à l'occasion de la première convocation seront valables pour la seconde.

“ Votre vote est essentiel au bon fonctionnement de la Mutuelle, vous pouvez maintenant voter en ligne :

<https://mutuelle-bnpparibas.vote.voxaly.com>

”

1^{ère} RÉSOLUTION - Comptes annuels 2021 et Rapport de gestion

Quorum : le quart des membres inscrits - Majorité : 50 % des suffrages

Les comptes annuels et le rapport de gestion exposent les grandes lignes de la gestion et les faits marquants de la vie de la Mutuelle au cours de l'exercice 2021. La notice de l'Assemblée Générale est mise à disposition en ligne sur le site de la Mutuelle ainsi que sur le site de vote. En conformité avec la démarche RSE* de la Mutuelle, seul le rapport simplifié accompagne le bulletin de vote adressé par courrier postal aux adhérents n'ayant pas communiqué d'adresse email. Le rapport dans sa version complète est adressé à tout adhérent sur simple demande exprimée par mail ou téléphone au secrétariat de la Mutuelle (paris_mutuelle_secretariat_general@bnpparibas.com).

2^{ème} RÉSOLUTION - Rapport du Commissaire aux comptes sur les comptes annuels

Quorum : le quart des membres inscrits - Majorité : 50 % des suffrages

Le rapport du Commissaire aux comptes exprime l'opinion de celui-ci sur les comptes arrêtés par la Mutuelle.

3^{ème} RÉSOLUTION - Rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées et attestation

Quorum : le quart des membres inscrits - Majorité : 50 % des suffrages

Rentre dans le champ des conventions réglementées soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'administration : toute convention intervenant entre une mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion. Le rapport du Commissaire aux comptes présente les caractéristiques et les modalités essentielles des conventions dont il a été avisé.

4^{ème} RÉSOLUTION - Proposition d'affectation du résultat en « autres fonds propres »

Quorum : le quart des membres inscrits - Majorité : 50 % des suffrages

La Mutuelle dégagant un résultat excédentaire, propose d'affecter ce résultat en « autres fonds propres ».

5^{ème} RÉSOLUTION - Approbation d'un nouveau Commissaire aux comptes

Quorum : le quart des membres inscrits - Majorité : 50 % des suffrages

Selon l'article L. 822-14 du Code de commerce, la durée du mandat de 6 ans du Commissaire aux comptes Fiducial arrive à son terme. La Mutuelle propose d'approuver la nomination pour une durée de 6 ans du Cabinet SEC BURETTE en tant que Commissaire aux comptes titulaire et du Cabinet MONCEY AUDIT en tant que Commissaire aux comptes suppléant à compter de l'exercice ouvert le 01/01/2022.

6^{ème} RÉSOLUTION - Révision des statuts

Quorum : la moitié des membres inscrits - Majorité : 2/3 des suffrages exprimés

La révision des statuts a été motivée pour prendre en compte des évolutions législatives ayant modifié le Code de la mutualité (résiliation infra-annuelle, recours possible à la visioconférence au Conseil d'administration). Le détail des modifications des statuts est disponible partie V Gouvernance p. 37 de ce document.

7^{ème} RÉSOLUTION - Cooptation d'un administrateur : Christian Buchot

Quorum : la moitié des membres inscrits - Majorité : 50 % des suffrages

Au cours du Conseil d'administration du 25 janvier 2022 ; celui-ci a nommé Monsieur Christian Buchot administrateur en remplacement de Madame Danielle Cabort démissionnaire. L'Assemblée Générale est invitée à ratifier la cooptation de Monsieur Christian Buchot jusqu'à la fin du mandat de Madame Danielle Cabort.

8^{ème} RÉSOLUTION - Cooptation d'un administrateur : Philippe Morand

Quorum : la moitié des membres inscrits - Majorité : 50 % des suffrages

Au cours du Conseil d'administration du 25 janvier 2022 ; celui-ci a nommé Monsieur Philippe Morand administrateur en remplacement de Monsieur Amadeu Da Costa démissionnaire. L'Assemblée Générale est invitée à ratifier la cooptation de Monsieur Philippe Morand jusqu'à la fin du mandat de Monsieur Amadeu Da Costa.

* RSE : Responsabilité Sociale Entreprise



“Votre Mutuelle”

QUI SOMMES NOUS ?

La Mutuelle en quelques chiffres au 31 décembre 2021

42
collaborateurs



73 534 adhérents
116 448 personnes protégées



La Mutuelle couvre **72%**
des effectifs France du
Groupe BNP Paribas

Actifs **66%** Retraités **34%**



82 M€
de prestations
y compris
contribution
Covid, services d'assistance
et de téléconsultation



280 000€ d'aides apportées
aux adhérents en difficulté
2 033 bénéficiaires



avance des frais par
la Mutuelle auprès de
150 000
professionnels de santé



L'ADHÉRENT

Au cœur de notre activité

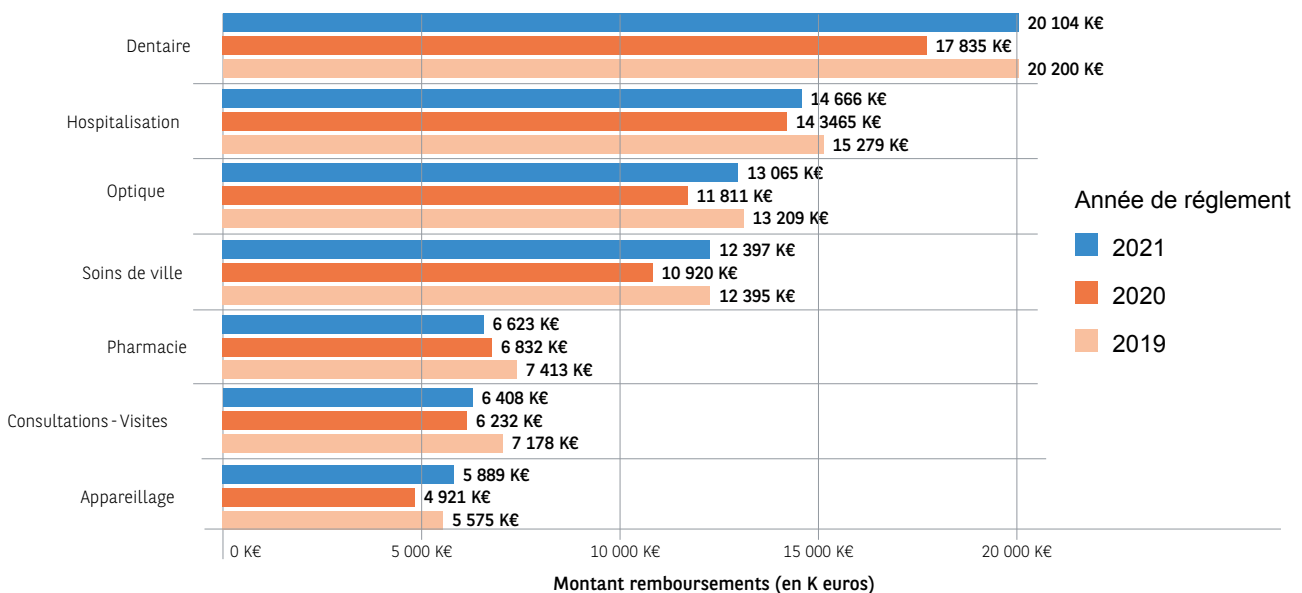


NOS COLLABORATEURS

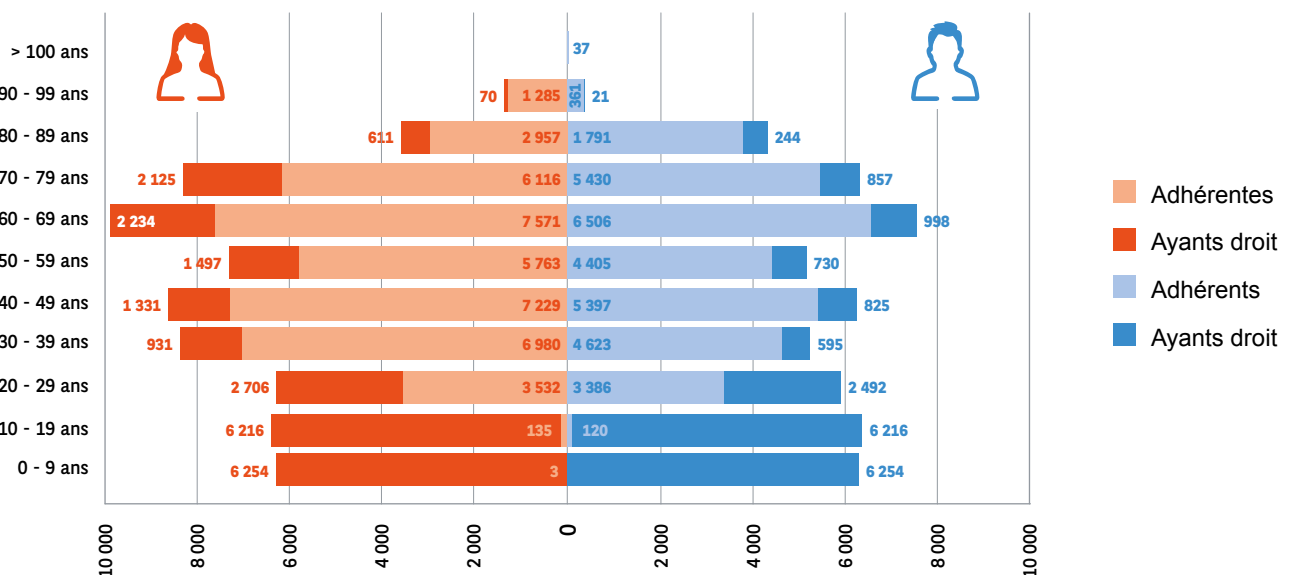
Une équipe attentive et engagée



DÉPENSES DE SANTÉ PAR DOMAINE



L'ÂGE DES ADHÉRENTS ET AYANTS DROIT

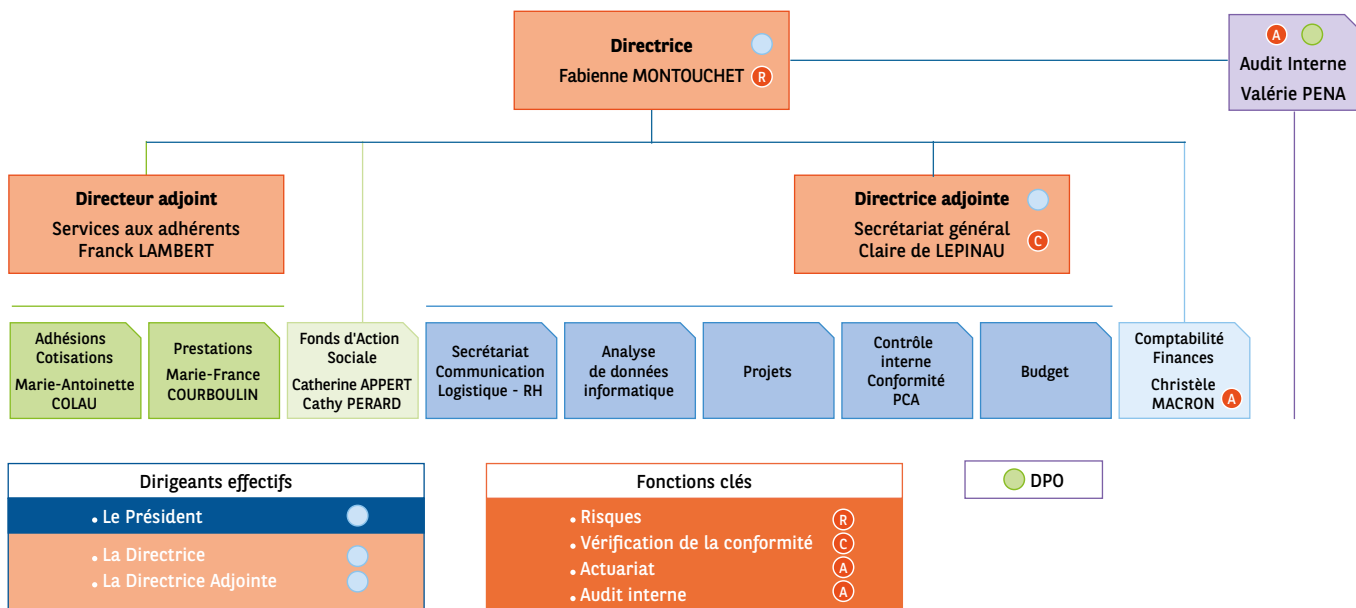


LA MUTUELLE

Notre organisation

La Mutuelle du Groupe BNP Paribas, est une mutuelle d'entreprise à caractère obligatoire pour les collaborateurs en activité et facultative pour les retraités du Groupe.

Le Conseil d'administration est présidé par Serge CHEVRIER. La Direction de la Mutuelle est assurée par : Fabienne MONTOUCHET (Directrice), Franck LAMBERT (Directeur adjoint) et Claire de LEPINAU (Directrice adjointe)



UN SITE ET UNE APPLI MOBILE

Accessibles et consultables en ligne

Simplifiez-vous la vie en vous connectant au site ou l'appli mobile

Les réponses à vos questions en quelques clics

NB : Toutes les demandes transmises via le site et l'appli mobile sont traitées en priorité



Le site de la Mutuelle
www.mutuelle.bnpparibas.fr



Application Mutuelle BNP Paribas disponible
sur App Store et Google Play.



LE SOUTIEN DE LA MUTUELLE À L'INSTITUT LES CENT ARPENTS

Fondé en 1981 par notre Mutuelle, l'Institut Les Cent Arpents, situé à Saran près d'Orléans, vise à offrir un accompagnement de qualité à 120 adultes en situation de handicap, dans toutes les composantes de leur vie.

Un lieu de vie

Les personnes en situation de handicap ont souvent besoin d'un accompagnement constant ou partiel pour gérer les aléas de la vie quotidienne, accéder à une plus grande autonomie, s'intégrer dans la société. C'est ce qu'offrent les foyers d'hébergement ou de vie (propriétés de la Mutuelle) où est proposé un hébergement dans des espaces rénovés adaptés et conviviaux. Un ensemble de 20 logements (RIADH) vient également d'être édifié à immédiate proximité de l'Institut pour favoriser plus encore l'autonomie de ses résidents dans un environnement sécurisé.

Un lieu de travail

107 personnes en situation de handicap travaillent dans 5 secteurs d'activités professionnelles : Imprimerie-Reprographie, Peinture Industrielle, Menuiserie, Espaces verts, Conditionnement. Le chiffre d'affaires est en constante évolution.

C'est dire la confiance accordée par les clients auxquels sont apportées en retour compétences, réactivité et qualité. La formation et la professionnalisation des travailleurs sont en permanence valorisées par le pôle Études et Formation créé en 2007.

Un engagement solidaire

Depuis sa création, la Mutuelle soutient son engagement à l'Institut en sa qualité :

- de cliente, en passant commande régulièrement à l'atelier Imprimerie,
- de propriétaire, en investissant annuellement pour la modernisation, l'accessibilité et l'entretien des locaux d'hébergement,
- d'acteur de solidarité en organisant la collecte des centimes solidaires (30 848 € au 31/12/2021) en tant que relais de l'Amicale de l'Institut les Cent Arpents. Sans se substituer aux subventions publiques du Conseil Départemental et de l'État, les centimes solidaires, entièrement reversés à l'Amicale de l'Institut des Cent Arpents, permettent de réaliser des projets profitant au collectif ou répondant à des besoins individuels de première nécessité qui ne pourraient se concrétiser sans ce soutien financier.

“ 6 900 adhérents sont donateurs, qui ont versé plus de 30 000 € cumulés, en 2020. N'hésitez pas à les rejoindre. ”

Vous souhaitez participer aux Centimes solidaires : il vous suffit d'adresser votre demande à la Mutuelle.

Je marque mon accord (et celui de mes ayants droit éventuels) pour que soient prélevés dès à présent les centimes après la virgule, sur chaque virement de remboursement qui sera crédité par la Mutuelle sur mon compte bancaire. Cet engagement sera renouvelé chaque année par tacite reconduction et dénonçable par courriel ou lettre adressés à la Mutuelle. Les sommes recueillies seront transférées à l'Amicale de l'Institut les Cent Arpents et feront l'objet d'un reçu fiscal annuel (à partir de 10€ versés), donnant lieu à une réduction d'impôt de 66% et qui sera adressé en mai/juin de l'année civile suivante.

Une autre manière de donner aux bénéficiaires de l'Institut les Cent Arpents :

“ Vous souhaitez faire un don unique ou chaque année ? Rendez-vous sur le site www.centarpents.fr rubrique FAIRE UN DON. ”

INFORMATIONS DES DÉCISIONS RELATIVES AUX COTISATIONS ET PRESTATIONS PRISES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR L'ANNÉE 2022

Après une année 2021 sans augmentation, la Mutuelle révisé en 2022 les cotisations des ayants droit et des retraités sur sa garantie de base, ainsi que celles des options pour tous les adhérents. Cette augmentation tient compte de l'amélioration des prestations décidée en 2021 et 2022, de la progression des dépenses de santé et permet de préserver les équilibres financiers de la Mutuelle.

A compter du 1^{er} janvier 2022, les cotisations mensuelles à la mutuelle de base s'élèvent :

RETRAITÉS	
≤ 100% du P.M.S.S.	76€
> à 100% du P.M.S.S. et ≤ à 120% du P.M.S.S.	78,50€
> à 120€ du P.M.S.S.	91€

Afin de pouvoir continuer à accompagner sur leurs frais de santé les retraités dont les revenus sont les plus faibles, le Conseil d'administration de la Mutuelle **a décidé une augmentation de 2,5 € (en plus des augmentations générales) pour les retraités disposant d'un revenu compris entre 1 et 1,2 du plafond mensuel de la Sécurité Sociale.**

CONJOINTE(S), PACSÉ(E), CONCUBIN(E)	
- 40 ans	45€
de 40 ans à 59 ans	60€
à partir de 60 ans	93€

ENFANTS	
De 0 à - de 28 ans	25€
Gratuité à partir du 3 ^e enfant*	

* Les 3 enfants doivent être âgés de moins de 20 ans.

ASCENDANT À LA CHARGE DE L'ADHÉRENT	
Ascendant	93€

ENFANT DE L'ADHÉRENT, EN SITUATION DE HANDICAP	
Sur présentation de la notification de décision reconnaissant un taux d'incapacité ≥ à 80% attribuée par la CDAPH*, en cours de validité.	Exonération de la cotisation
à partir de 28 ans, sur présentation de la notification de décision reconnaissant un taux d'incapacité compris entre 50 et 79% attribuée par la CDAPH, en cours de validité.	32,50€

* Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

A compter du 1^{er} janvier 2022, les cotisations mensuelles des options s'élèvent :

SALARIÉS	Option 1	Option 2
	Adulte et enfant de 20 ans à - 28 ans	13€
Enfant de - 20 ans jusqu'au 2 ^e	6€	10€

RETRAITÉS	Option 1	Option 2
	Adulte et enfant de 20 ans à - 28 ans	16€
Enfant de - 20 ans jusqu'au 2 ^e	6€	10€
Gratuité à partir du 3 ^e enfant*		

* Les 3 enfants doivent être âgés de moins de 20 ans et bénéficier de la même option.

Pour mémoire : la cotisation mensuelle des options s'applique par bénéficiaire en complément de la mutuelle de base.



Le Conseil d'administration a approuvé/arrêté les modifications des prestations suivantes :

CHAMBRE PARTICULIÈRE TOUTES SPÉCIALITÉS CONFONDUES					
2021			2022		
Base	Base + Option 1	Base + Option 2	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
60€	90€	90€	60€	90€	90€
Plafonné à 60 jours/an			Suppression du plafond de 60 jours/an		
CONSULTATION PODOLOGUE (25€ / SÉANCE)					
2021			2022		
2 visites/an			4 visites/an		
LENTILLES REFUSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE					
2021			2022		
Base	Base + Option 1	Base + Option 2	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
Forfait annuel 400€			Forfait annuel 300€		
OPÉRATION DE L'ŒIL (MYOPIE, PRESBYTIE...)*					
2021			2022		
Base	Base + Option 1	Base + Option 2	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
500€/œil	600€/œil	700€/œil	500€/œil	600€/œil	700€/œil
Uniquement opération au laser			S'étend à toutes les opérations de l'œil		
SOIN DE PARODONTOLOGIE NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE					
2021			2022		
Base	Base + Option 1	Base + Option 2	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
300€	615€*	930€*	300€*	550€*	800€*
Uniquement opération au laser			S'étend à toutes les opérations de l'œil		

* Forfait limité à une seule intervention par œil durant la vie du contrat de la Mutuelle

* Forfait annuel



Le Conseil d'administration a décidé de baisser les remboursements de lentilles refusées par la Sécurité Sociale et de soins de parodontologie, les plafonds élevés étant de nature à encourager des dérives.

La Mutuelle a décidé de la fin du service de téléconsultation BonjourDocteur mis en place pendant la crise sanitaire en raison de sa faible utilisation.

La Mutuelle continue de rembourser les téléconsultations avec vos praticiens de santé dans les conditions fixées par l'Assurance Maladie et en fonction de votre niveau de garantie.

We Care : Dispositif santé et bien-être des collaborateurs !



Retrouver toutes les pages d'actualités Santé et Bien être du Groupe BNP Paribas sur le site Echonet rubrique We care : We Care - Santé au travail & Bien-être - Echonet mobile

La Mutuelle aux côtés du Service de Prévention et de Santé au travail et Action Sociale France prend soin des collaborateurs.

Vous trouverez des conseils :

- Pour aménager son poste de travail à la maison
- Pour la reprise du travail après une longue maladie
- En cas de maladie lors d'un déplacement professionnel à l'étranger
- Et bien d'autres choses encore...

Site de la Mutuelle

La rubrique « bien-être et santé »

La Mutuelle souhaite être un acteur du mieux vivre.

Retrouvez également des parutions réalisées par des professionnels de santé sur : www.mutuelle.bnpparibas.fr dans la rubrique bien-être et santé.



UNE MUTUELLE SOCIALE ET SOLIDAIRE

Fonds d'Action Sociale

Le **Fonds d'Action Sociale** a pour objectif d'épauler ses adhérents et/ou leur(s) ayant(s) droit se trouvant en difficulté financière.

Vous avez :

- **adressé vos factures après le remboursement** par l'Assurance Maladie, il subsiste un **reste à charge** important sur des **frais liés à la santé**,
- **sollicité l'action sociale d'autres organismes** tel que la CPAM, la complémentaire santé de votre conjoint(e), les organismes de retraites complémentaires, le Conseil régional ou départemental, sans oublier la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour les personnes en situation de handicap, **et vous pouvez nous le justifier**,
- des **revenus modestes**,

Vous pouvez :

- vous **rapprocher** du **Fonds d'Action Sociale** de la **Mutuelle du Groupe BNP Paribas**,
- **pour cela, compléter le dossier** téléchargeable sur le site de la mutuelle : www.mutuelle.bnpparibas.fr / Espace Adhérent / Aide et contact / Les questions les plus fréquentes / Le Fonds d'Action Sociale ou sur l'appli mobile **Mutuelle BNPP** / Espace Adhérent / Une question / Le Fonds d'Action Sociale et **joindre** toutes les **pièces justificatives** au dossier après l'avoir **complété** et **signé**.

Vous trouverez :

- **plus de détails** concernant le **Fonds d'Action Sociale** sur le **site** et l'**appli** mobile.

Vous ne pouvez pas :

- **solliciter le Fonds d'Action Sociale** pour des **dépassements d'honoraires, des soins prothétiques dentaires, des équipements optiques, des aides auditives, des frais liés à la dépendance, ...**

Le **Fonds d'Action Sociale de la Mutuelle** du Groupe BNP Paribas a **soutenu** plus de **2000 adhérents** en 2021 en octroyant 280 227 € :

- **41 005 €** pour les personnes en situation de handicap,
- **239 222 €** d'aides exceptionnelles.

Mutuelle BNP Paribas Assistance

est à votre disposition et peut vous apporter :

Assistance en cas d'hospitalisation

Pour toute hospitalisation (y compris en ambulatoire), pour tous cas d'immobilisation (imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours) ou en cas de maternité (séjour de plus de 4 jours).

Assistance en cas de protocole de soins anticancéreux

Mutuelle BNP Paribas Assistance met à votre disposition et prend en charge une aide à domicile pendant toute la durée du traitement dispensé en milieu hospitalier ou prescrit à domicile.

Prestations complémentaires aux personnes handicapées

Vous ou l'un de vos proches êtes dans une situation de handicap, **Mutuelle BNP Paribas Assistance** vous accompagne afin de vous faciliter la vie au quotidien.

Accompagnement des aidants

Mutuelle BNP Paribas Assistance vous conseille, vous accompagne afin de mieux appréhender une situation d'épuisement, de préserver votre santé, votre bien-être.

Ecoute, conseil et orientation

Mutuelle BNP Paribas Assistance peut fournir toute information juridique ou « vie pratique » concernant votre vie privée. Joignable **24h/24 - 7j/7** au **09 69 39 01 65** (appel non surtaxé)

Informations complémentaires sur :

Notre site :

www.mutuelle.bnpparibas.fr

- > Espace adhérent
- > Rubrique Aide et contact
- > Les questions les plus fréquentes sur
- > Mutuelle BNP Paribas Assistance

L'appli mobile :

Mutuelle BNPP

- > Espace adhérent
- > Une question ?
- > Mutuelle BNP Paribas Assistance

En 2021 :

1 508 adhérents ont sollicité Mutuelle BNP Paribas Assistance

944
pour des aides à
la personne

564
pour de
l'information

LA RÉFORME 100 % SANTÉ

En France, les domaines pour lesquels le renoncement aux soins est le plus fort sont **l'audiologie, le dentaire et l'optique**. C'est sur ces domaines que le « **reste à charge** » est généralement le plus élevé. Les pouvoirs publics ont donc fait en sorte que, sur une sélection de soins dits « essentiels » dans chacun des 3 domaines, un dispositif nouveau permette aux assurés d'être **intégralement remboursés** : c'est la **réforme 100 % Santé** et son dispositif « **reste à charge zéro** ».

Avec la réforme **100 % Santé**, en agissant sur 2 leviers que sont la **limitation des prix** et **l'augmentation des remboursements**, les pouvoirs publics rendent accessibles une sélection de prothèses dentaires, d'aides auditives et de lunettes en permettant qu'elles soient remboursées à 100%.

L'offre 100 % Santé s'appliquant à **l'optique, l'audiologie et le dentaire** (couronnes, bridges et dentiers), donne accès à des soins et des équipements pris en charge à 100% après remboursement par l'Assurance Maladie et la Mutuelle du Groupe BNP Paribas.

Concrètement, comment fonctionne le 100 % Santé ?

Tous les adhérents de la Mutuelle peuvent bénéficier de l'offre 100 % Santé.

3 familles de soins sont concernées :

▪ Les aides auditives (audioprothèses)

Des aides auditives de qualité 100 % Santé sont garanties « sans reste à charge », grâce à leur Prix Limite de Vente (PLV), au financement de l'Assurance Maladie et de la Mutuelle.

L'offre 100 % Santé propose un large choix d'aides auditives pour répondre aux besoins de chacun :

- intra-auriculaires, écouteur déporté, contour d'oreille... ,
- 12 canaux de réglages ou dispositif de qualité équivalente,
- nombreuses fonctionnalités : anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, anti-Larsen, Bluetooth...

Tous les audioprothésistes doivent obligatoirement proposer un devis comportant au moins une offre 100 % Santé pour chaque oreille.

▪ L'optique (lunettes de vue)

Les opticiens proposent depuis 2020 une offre 100 % Santé comprenant des montures et des verres de qualité, intégralement remboursés.

Ils doivent proposer au minimum 17 modèles différents de montures pour les adultes et 10 modèles de montures pour les enfants, en 2 coloris différents, ne dépassant pas un Prix Limite de Vente (PLV).

Les verres répondent à tous les besoins de correction visuelle et présentent de bonnes performances techniques : amincissement, verres anti-rayures, verres anti-reflets.

L'offre 100 % Santé permet de choisir des verres 100 % Santé et d'opter pour une monture en dehors de cette offre. Dans ce cas, le remboursement de la Mutuelle ne pourra excéder 50 euros. Et inversement, l'offre 100 % Santé permet de choisir une monture 100 % Santé et des verres hors 100 % Santé, pris en charge selon les conditions prévues par la Mutuelle et selon les garanties souscrites.

Tous les opticiens ont l'obligation de présenter un devis à leurs clients comportant au minimum un équipement 100 % Santé.

▪ Le dentaire (prothèses dentaires)

Un choix étendu de prothèses dentaires prises en charge à 100% (couronnes, bridges, inlay...) est proposé dans l'offre 100 % Santé.

Le dentiste consulté doit systématiquement présenter un devis incluant un plan de traitement 100 % Santé précisant :

- les soins à réaliser avec une tarification entrant dans le cadre des Honoraires Limites de Facturation (HLF),
- les prothèses avec le (ou les) matériau(x) choisi(s), la position sur la mâchoire avec un tarif entrant dans les Prix Limites de Vente (PLV) fixés par le régulateur.

Tous les dentistes doivent proposer un devis 100 % Santé entièrement remboursé si les soins à réaliser existent dans l'offre 100 % Santé.

Point d'attention : depuis le 1^{er} avril 2022, la Mutuelle demande un devis pour tous les soins prothétiques avant tout remboursement de facture.



LES QUESTIONS / RÉPONSES SUR LA MUTUELLE

“ Pourquoi la Mutuelle a-t-elle fait le choix du contrat responsable ? ”

La Mutuelle du Groupe BNP Paribas s'inscrit dans une **politique de santé responsable où tous les adhérents et les praticiens de la santé sont responsabilisés**. De plus, la Mutuelle est soumise à une taxe de 13,27% et non 20,27% sur le montant des cotisations perçues ce qui permet une plus grande redistribution des cotisations via les garanties proposées. ”

“ La Mutuelle pourrait-elle mieux rembourser les dépassements d'honoraires ? ”

En appliquant les termes du contrat responsable, la Mutuelle et ses adhérents se sont engagés à avoir un comportement « **raisonnable et responsable** » en maîtrisant les dépenses de santé.

Ainsi, le contrat responsable a imposé à la Mutuelle de limiter la prise en charge des dépassements d'honoraires pour inciter les patients à consulter les praticiens adhérents de l'OPTAM et OPTAM CO - Le Fonds d'Action Sociale ne peut pas être sollicité dans ce cas. ”

“ Dois-je adresser systématiquement mes factures de soins à la Mutuelle ? ”

J'adresse mes factures à la Mutuelle uniquement dans les cas suivants :

- **Soins non pris en charge** par l'Assurance Maladie mais figurant dans le livret des prestations de la Mutuelle.
- **En cas de dépassement d'honoraire** ou de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).
- **Lorsque la télétransmission NOEMIE n'est pas active.**
- Après le règlement de la part mutuelle, dans le cadre du tiers payant.
- Lorsque la Mutuelle du Groupe BNP Paribas intervient en tant que 2^e complémentaire santé. ”

“ Quand dois-je envoyer mes factures ? ”

Pour des soins pris en charge par l'Assurance Maladie, vous devez adresser vos factures après le remboursement de votre Caisse d'assurance maladie obligatoire et après avoir vérifié si le remboursement automatique de la Mutuelle n'a pas déjà eu lieu. ”

“ J'ai acquis un équipement optique (monture et verres) le 6 février 2020, quand puis-je procéder à son remplacement ? ”

Le prochain achat optique ne pourra être pris en charge par la Mutuelle qu'à partir du 6 février 2022 (tous les deux ans). Le Fonds d'Action Sociale ne peut pas intervenir sur le reste à charge des équipements optiques. ”

“ J'ai acquis un équipement optique le 18 avril 2020, depuis j'ai un changement de correction touchant un seul œil. Puis-je prétendre à un nouvel équipement complet ? ”

Oui, toutefois, l'acquisition d'un nouvel équipement ne pourra être prise en charge par la Mutuelle qu'à partir du 18 avril 2021. Le Fonds d'Action Sociale ne peut pas intervenir sur le reste à charge des équipements optiques. ”

“ Il existe un Fonds d'Action Sociale au sein de la Mutuelle BNP Paribas. Quelles aides le Fonds d'Action Sociale peut-il financer ? ”

Ce fonds permet d'aider, sous conditions, les personnes les plus fragiles, selon la situation sociale, l'âge et les revenus. Les aides peuvent prendre la forme d'aides exceptionnelles, d'aides à domicile en sortie d'hospitalisation, d'aides à la personne en situation de handicap, d'aides ménagères familiales, d'aides en psychologie, psychothérapie, psychomotricité, ergothérapie.

Pour plus d'information, www.mutuelle.bnpparibas.fr / **Mon contrat, mes garanties / Le Fonds d'Action Sociale / En savoir plus** ”

“ Où puis-je trouver les réponses à mes autres questions ? ”

En consultant la foire aux questions (FAQ), sur le site www.mutuelle.bnpparibas.fr, dans **votre espace adhérent**, rubrique « **aide et contact** », les **questions les plus fréquentes**. ”



“ Rapport de Gestion Relatif à l'exercice 2021 ”

Ce document revêt un caractère confidentiel et ne peut en aucun cas être diffusé hors l'ACPR et les Commissaires aux comptes sans l'accord exprès du Conseil d'administration

LES FAITS MARQUANTS DE L'EXERCICE

L'année 2021 est une année encore marquée par les confinements, les restrictions diverses liés à la crise de la COVID-19 :

Les conséquences de la pandémie de la COVID-19 sur l'activité

- En 2020, la Mutuelle a connu une baisse de ses dépenses santé de 10,3% conséquence d'une chute importante au moment du premier confinement non compensée par l'augmentation constante constatée à partir de juin mais annonciatrice d'une année 2021 connaissant des dépenses plus soutenues. Cette tendance à la hausse se confirme puisque l'année 2021 clôture sur une progression de 8,5% de ces dépenses, principalement sur les rubriques concernées par la réforme du 100% Santé, même quand ce ne sont pas les paniers de cette réforme qui sont utilisés. Globalement les dépenses de santé renouent avec les niveaux de 2019.
- Au 1^{er} juillet 2021, la Mutuelle intègre dans son livret de prestations la prise en charge à concurrence de 30€, de 8 séances de psychologie pour les adultes à partir de 18 ans afin de répondre aux sollicitations des pouvoirs publics pour la gestion de la santé mentale des Français.
- La Mutuelle a poursuivi son adaptation au travail à distance au travers de l'institutionnalisation du télétravail, et autres formules de travail à domicile complémentaires. Dès avril 2021, il a été mis en place une plateforme téléphonique déportée permettant la prise d'appels depuis le domicile.
- Début avril 2020, pour faire face à la crise sanitaire et au confinement, BNPP SA et la Mutuelle ont décidé d'offrir aux actifs et aux retraités un service de **téléconsultation** appelé « BonjourDocteur ». Faute d'avoir trouvé son public, BNPP SA et la Mutuelle ont décidé d'arrêter ce service au 31 décembre 2021.

Poursuite de l'application des critères du contrat responsable et prise en compte du 100% Santé

La Mutuelle applique depuis le 1^{er} janvier 2016 les dispositions réglementaires du contrat responsable et depuis début 2020 les contraintes réglementaires liées au 100% Santé (Reste à charge zéro) pour l'optique, le dentaire et l'audioprothèse.

En 2021, le dispositif a été complété des prothèses amovibles en dentaire et d'un panier Reste à charge 0 en audioprothèse.

L'année étant encore atypique, la Mutuelle ne peut qu'analyser partiellement les effets réels de la réforme 100% Santé. Cependant, en 2021, la Mutuelle constate que le 100% Santé en dentaire s'installe significativement, alors qu'il démarre timidement en audiologie et reste atone en optique.

Révision des cotisations et prestations

Pour l'année 2021, la Mutuelle, sur décision de son Conseil d'administration prise le 29 octobre 2020 a décidé de ne pas augmenter les cotisations des adhérents Actifs et Retraités.

Une fin d'année marquée par une indisponibilité des outils de gestion, du site de la Mutuelle et des applications mobiles

La fin d'année 2021 a été marquée par une indisponibilité de l'outil de gestion, du site de la Mutuelle et des applications mobiles.

Le prestataire informatique, Génération, avec lequel la Mutuelle entretient une relation forte (opérateur du Tiers payant, hébergeur du site internet...), a subi une cyberattaque le 27 novembre. Cette cyberattaque a généré une indisponibilité totale des outils de gestion jusqu'au 16 décembre, du site internet et des applications mobiles jusqu'au 23 décembre. A ces dates, la reprise s'est effectuée progressivement jusqu'à un retour à la normale fin janvier 2022. Génération a confirmé que la Mutuelle n'a subi ni perte ni compromission de données.

Ainsi, la Mutuelle a été dans l'impossibilité de traiter la moindre opération pendant un peu plus de 15 jours et enregistre sur la période un retard global dans les remboursements des soins de l'ordre de 3 semaines de production habituelle.



ANALYSE DE L'ACTIVITÉ ET DU RÉSULTAT

Prestations

Les consommations en cumulé et y compris la prise en compte des provisions rattachées aux frais de soins sont en augmentation (+ 4 M€) par rapport à 2020 et s'élèvent à 82 M€ à fin 2021.

Evolution des consommations de la mutuelle (base et options) exprimée en M€ :

en M€	2021	2020	VAR
Prestations Mutuelle de Base (Actifs)	32,4	30,2	2,2
Prestations Mutuelle de Base (Retraités)	32,5	29,7	2,8
Prestations Option 1	2,6	2,4	0,2
Prestations Option 2	11,6	10,7	0,9
CESU/Chèques Cadeaux/Taxe Médecin traitant / Mutuelle Assistance	1,2	1,5	-0,3
Variation des provisions pour frais de soins	1,7	3,5	-1,8
Prestations payées et provisions	82,0	78,0	4,0

Le Fonds d'Action Sociale a pour objectif d'épauler ses adhérents et/ou leur(s) ayant(s) droit se trouvant en difficulté financière.

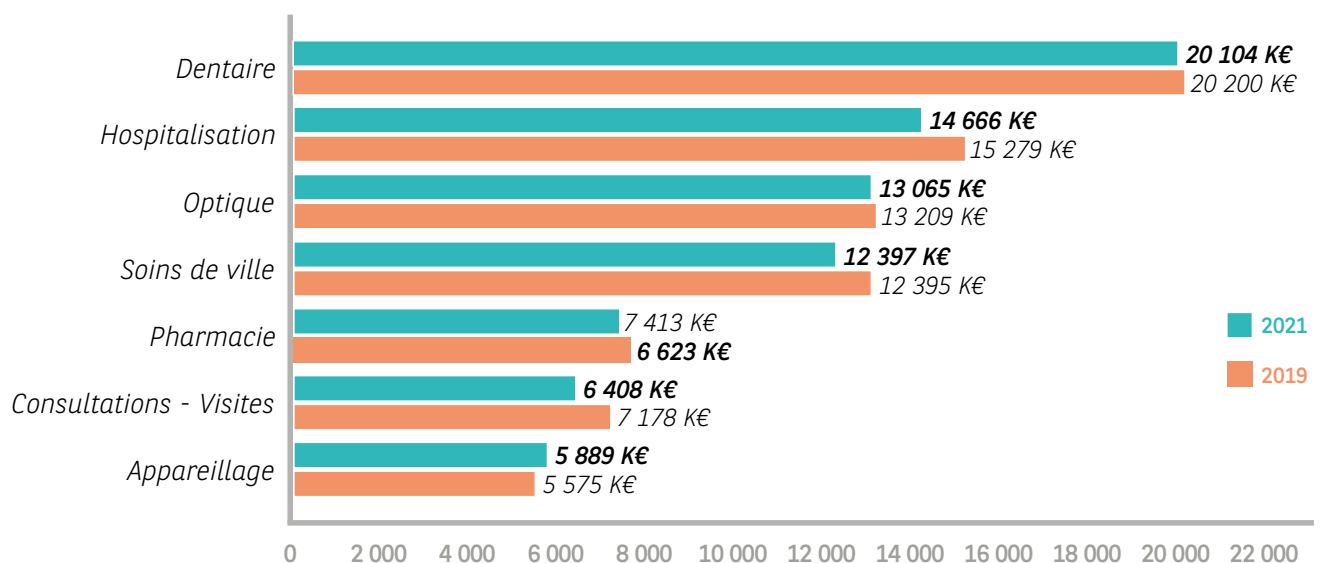
▪ Mutuelle de base :

Le coût moyen annuel par personne protégée, des consommations pour la mutuelle de base (Actifs et Retraités) est passé de 503€ par an pour 2020 à 555€ pour 2021. Rappelons qu'il était de 549€ en 2019 avant la pandémie.

Pour la mutuelle de base, les prestations relatives aux retraités représentent 50,1% du total des prestations pour 33,3% des personnes protégées.

Les consommations en cumulé hors la prise en compte des provisions rattachées aux frais de soins sont en nette augmentation en 2021 et s'élèvent à 79 M€ à fin 2021 (81,6 en 2019).

▪ Activité dépenses de santé en K€



2021, une année contrastée en matière de dépenses de santé :

1^{er} constat :

Des dépenses de santé qui renouent avec les dépenses d'avant pandémie (-1,5% au regard de 2019) et de façon assez homogène quel que soit le niveau de garantie (légèrement au-delà de 8% d'évolution base et options par rapport à l'année 2020).

2^{ème} constat :

Les dépenses des retraités connaissent une reprise plus rapide tous postes confondus

- **Retraités** : -1,68% en 2019 ; +9,5% en 2020,
- **Actifs** : -3,5% en 2019 ; +7,70% en 2020, mais plus particulièrement pour les prestations relatives à la réforme 100% Santé.

- **Hospitalisation** : situation toujours assez perturbée mais baisse des dépenses par rapport à 2019 et légèrement supérieure par rapport à 2020. En 2021 la gestion de l'hospitalisation est directement liée aux vagues COVID-19 et aux disponibilités qu'elles laissent pour les autres interventions. Phénomène commun à toutes les spécialités hospitalières mais notamment perceptible au travers des frais de séjour et de chambre particulière. Les dépenses en ce domaine restent en deçà de celles de 2019.
- **Soins de ville** : retour aux niveaux de dépenses de 2019. Toutes spécialités confondues, mais plus spécifiquement pour ce qui concerne les auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, ostéopathes et radiologie) pour lesquels les dépenses sont légèrement supérieures à 2019.
- **Pharmacie** : une baisse de consommation qui se confirme et semble s'inscrire dans la durée.
La pharmacie à 15% baisse de 53% vs 2019, celle à 30% baisse de -23% vs 2019 et la pharmacie à 65% seulement de -2,2% vs 2019.
Nous pouvons estimer que le déremboursement de l'homéopathie se traduit par une économie de l'ordre de 500 K€ à l'année.
- **Consultations/visites** : les consultations restent significativement en baisse.
Le recours aux auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes et orthoptistes) se maintient au niveau de 2020. Nous sommes encore loin des niveaux de consommation de 2019 pour la globalité du poste.
La téléconsultation baisse de -25% vs 2020 (-15% pour les spécialistes, - 45% pour les généralistes) sans pour autant avoir un impact sur la fréquentation en cabinet.
- **Dentaire** : dans ce domaine également, nous renouons avec le niveau de dépenses de 2019 mais la répartition de ces dépenses est différente ; désormais, les paniers RAC 0 et maîtrisés de la réforme 100% Santé représentent 57% des dépenses.
Pour les retraités, les dépenses progressent de + 15% (9,7 M€) pour seulement + 10,1% pour les actifs (10,8 M€) vs 2020.
- **Appareillage** : l'appareillage acoustique voit sa consommation progresser de plus de 20%.
La mise en place du panier Reste à charge 0 de la réforme 100% Santé génère de la fréquentation chez les audioprothésistes, même si, au final, c'est le panier libre qui reste le plus fréquemment retenu (94% des dépenses)
Les dépenses progressent de 21,7% pour les retraités (3,5 M€) et de 14,5% pour les actifs (1,6 M€) par rapport à 2020.
Orthèses diverses et appareillages respiratoires restent à des niveaux de consommation soutenus.
- **Optique** : nous revenons à des niveaux comparables à ceux de 2019 sans l'aide de la réforme 100% Santé qui reste marginale dans nos dépenses (moins de 1% des équipements).
Dans cette typologie d'activité, les dépenses des retraités progressent de + 14,9% à 4,9 M€ et de + 8,2% pour les actifs à 8,1 M€.
Le poste lentilles reste très utilisé (2,5 M€) sur l'année 2021.



LES COTISATIONS

En application de la décision prise par le Conseil d'administration de la Mutuelle en octobre 2020, les cotisations des actifs et des retraités n'ont pas fait l'objet d'augmentation en 2021.

Le montant des cotisations acquises en 2021 de 85,5 M€ (soit 96,8 M€ en brut, avant règlement des taxes, TSA et CMU) affiche ainsi une baisse de 0,8 M€ par rapport au précédent exercice en raison de la baisse du nombre d'adhérents.

en M€	2021	2020	VAR
Cotisations Mutuelle de Base	68,7	69,5	-0,8
Cotisations Option 1	3,0	3,0	0,0
Cotisations Option 2	13,8	13,8	0,0
Cotisations acquises	85,5	86,3	-0,8
Effectifs bénéficiaires Mutuelle de Base	117 084	118 994	-1 910
Effectifs bénéficiaires Option 1	26 318	26 833	-515
Effectifs bénéficiaires Option 2	49 886	49 950	-64

* Les éventuels écarts à 0,1 près proviennent des arrondis

LE COMPTE DE RÉSULTAT

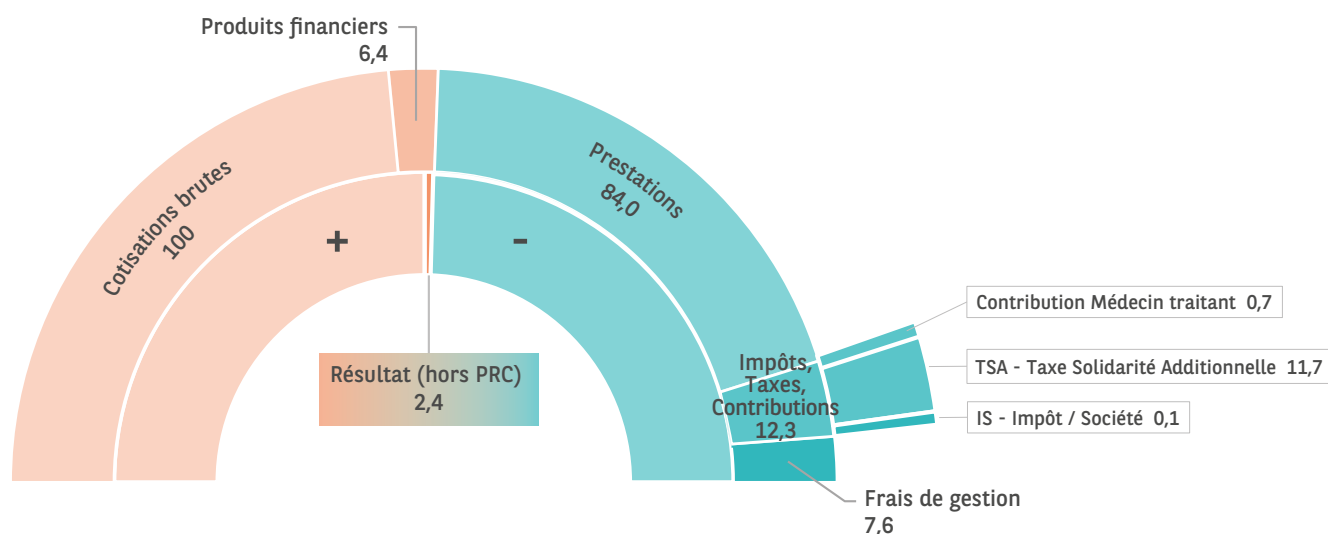
Le résultat net 2021 est excédentaire et s'établit à 6,9 M€ contre 2,9 M€ en 2020 (0,2 M€ en 2019). Il est constitué des éléments suivants :

en M€	2021	2020	VAR
Cotisations nettes	85,5	86,3	-0,8
Prestations Santé et Action Sociale, y c. CMT ⁽¹⁾ , RMA et téléconsultation	-80,4	-74,5	-5,9
Variation des provisions pour prestations à payer ⁽²⁾ (PSAP)	-1,6	-3,5	1,9
Frais de gestion	-7,4	-7,1	-0,3
Résultat financier	6,2	2,8	3,4
Autres produits / Autres charges	0,0	0,1	-0,1
PRC	4,5	0,5	4,0
Impôt sur les sociétés	0,1	-1,7	1,8
Résultat de l'exercice	6,9	2,9	4,0

(1) Contribution Médecin traitant

100 € de cotisations brutes versées par un adhérent se répartissent principalement entre prestations, impôts et taxes, frais de gestion :

Répartition du prix de la cotisation (pour 100€ de cotisations brutes)



Les frais de gestion

Les frais de gestion en 2021 sont en hausse par rapport à 2020 et s'élèvent à 7,4 M€ sur cet exercice mais restent en ligne avec 2019 (7,4 M€).

Le taux global de frais de gestion, calculé sur les cotisations acquises TTC, en 2021 est donc en hausse par rapport à celui constaté sur 2020, s'établissant à 7,6% (soit 8,6% sur cotisations nettes de taxes). Il était de 7,5% en 2019.

LE RÉSULTAT FINANCIER

en M€	2021	2020	VAR
Produits Contrats de Capitalisation	2,1	1,9	0,2
Loyers SARAN	0,1	0,1	0,0
Produits Comptes sur Livrets / BMTN / SCPI	0,0	0,0	0,0
Autres produits et charges financières	4,0	0,8	3,2
Résultat financier	6,2	2,8	3,4

Le résultat financier net 2021 s'élève à 6,2 M€ contre 2,8 M€ en 2020. La variation de 3,4 M€ s'explique principalement par la plus-value réalisée sur le rachat du fonds BNP Paribas Medium Term (3,1 M€) et la hausse des produits des contrats de capitalisation (0,2 M€).

Les loyers des locaux de Saran proviennent du bail consenti historiquement par la Mutuelle à l'Institut Les Cent Arpents.

LES AUTRES ÉLÉMENTS DU RÉSULTAT NET

Les autres éléments comprennent essentiellement les autres produits techniques.

Compte-tenu du déficit fiscal, le montant de l'Impôt sur les Sociétés de l'exercice 2021 est un produit de 125 K€.

La reprise de l'exercice aux Provisions pour Risques croissants s'établit à 4 521 K€.

Le résultat net ressort au 31 décembre 2021 à 6 878 K€ contre 2 894 K€ pour l'exercice précédent.

LE COMPTE DE RÉSULTAT ANALYTIQUE ACTIFS ET RETRAITÉS

La Mutuelle ne constitue qu'un seul régime. Les résultats comptables mutualisent donc les résultats des populations d'actifs, de retraités et d'ayants droit.

Présentation analytique des équilibres Actifs et Retraités sur mutuelle de base :

Pour se conformer aux accords d'entreprise signés avec BNP Paribas en 2004, en contrepartie d'un capital de 150 M€ versé pour permettre à la Mutuelle de conserver ses adhérents retraités, un calcul analytique séparant Actifs et Retraités doit être présenté.

Un transfert de Provision pour Risques Croissants (PRC) est opéré, calculé sur le nombre de nouveaux retraités de 2021 et fonction de leur durée de cotisation à la Mutuelle.

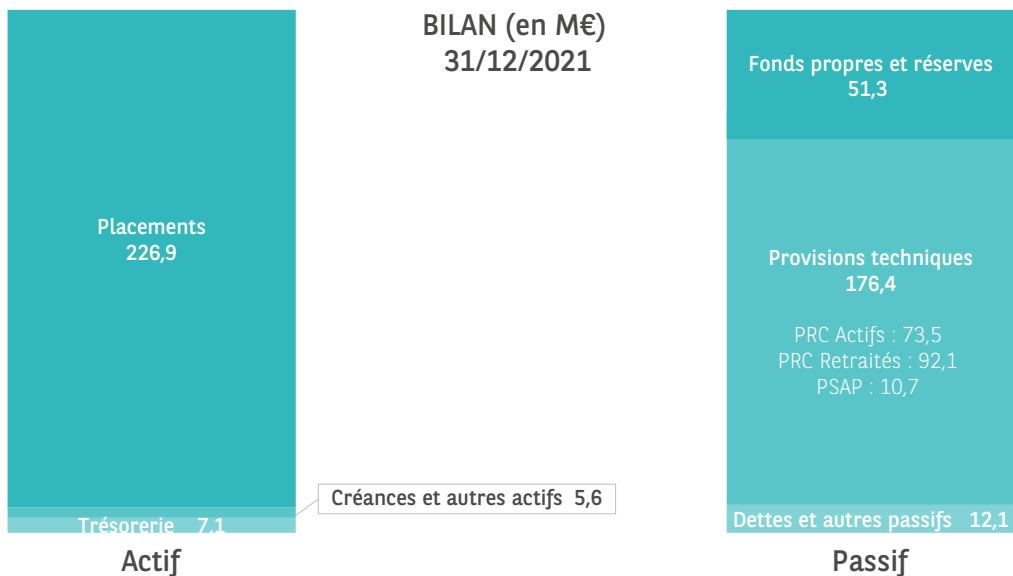
Ce transfert qui alimente la Provision pour Risques Croissants dédiée aux retraités étant plafonné au résultat excédentaire des actifs, est nul pour l'exercice 2021.

Par ailleurs, des reprises de la Provision pour Risques Croissants de 0,7 M€ pour les Actifs et de 3,8 M€ pour les Retraités ont été effectuées cette année.

en M€	Mutuelle de Base		Options et Produits Financiers			
	Actifs	Retraités	Option 1	Option 2	Options	Produits Financiers
Cotisations	35,8	32,9	2,9	13,8	16,7	
Prestations	-33,5	-33,7	-2,6	-12,2	-14,8	
Produits financiers et autres produits	0,0	0,0			0,0	6,2
Frais de gestion	-3,0	-3,0	-0,2	-1,1	-1,3	
Résultat avant impôt	-0,7	-3,8	0,0	0,6	0,6	6,2
Impôt sur les sociétés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Résultat après impôt	-0,7	-3,8	0,0	0,6	0,6	6,2
Transfert PRC	0,0	0,0				
Dotations ou prélèvements à la PRC (ou soulte)	0,7	3,8				

Résultat à affecter en Fonds propres : 6,9

LE BILAN



L'actif

en M€	2021	2020	VAR
Actifs incorporels	0,0	0,0	0,0
Placements	226,9	228,4	-1,5
Terrains et constructions	19,1	18,8	0,3
Autres placements	207,8	209,6	-1,8
Créances et autres actifs	12,8	7,7	5,1
Total de l'actif	239,7	236,1	3,6

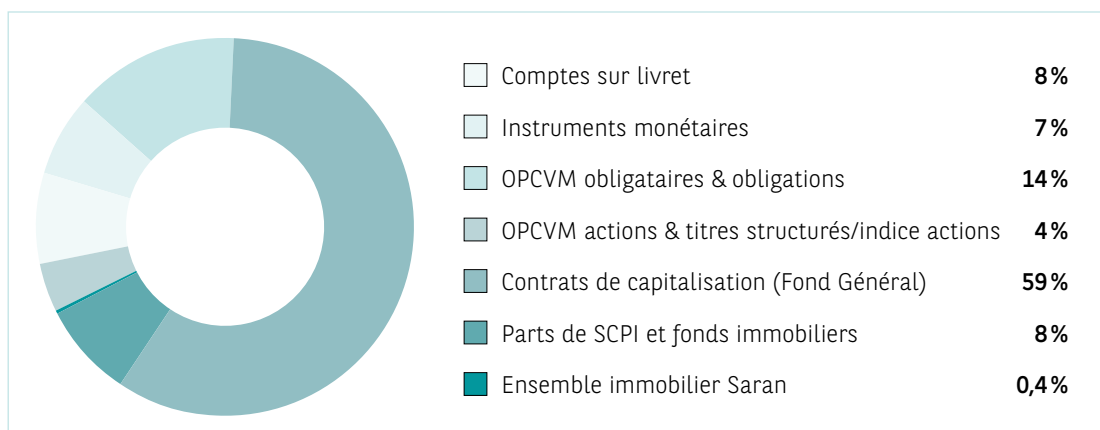
Les placements détenus par la Mutuelle s'élèvent au 31/12/2021 à 226,9 M€. La composition du portefeuille respecte la composition arrêtée par le Conseil d'administration.

▪ Répartition des placements

Un portefeuille géré avec prudence :

Les plus-values latentes s'élèvent au 31/12/2021 à plus de 7,4 M€ et portent sur les OPCVM obligataires et obligations (1,6 M€), sur les fonds ou SCPI immobiliers (3,7 M€), sur les fonds actions (0,5 M€) sur l'ensemble immobilier situé à Saran (+1,2 M€) ainsi que sur les autres valeurs (0,4 M€).

Le Conseil d'administration de la Mutuelle a choisi une politique de gestion très prudente, se portant principalement sur des produits de taux.



Le passif

en M€	2021	2020	VAR.
Fonds propres	51,3	44,4	6,9
Fonds de dotation sans droit de reprise	0,6	0,6	0,0
Réserve	43,8	40,9	2,9
Résultat de l'exercice	6,9	2,9	4,0
Provisions techniques brutes	176,4	181,5	-5,1
Provisions pour prestations à payer (PSAP)	10,7	11,3	-0,6
Autres Provisions techniques (PRC)	165,7	170,2	-4,5
Autres dettes	12	10,2	1,9
Dettes nées d'opérations directes et de prises en substitution	0,1	0,1	0,0
Autres dettes, emprunts, dépôts et cautionnement reçus	11,9	10,1	1,8
Comptes de régularisation	0,0	0,0	0,0
Total du passif	239,7	236,1	3,6

Les provisions pour prestations à payer pour 10,7 M€ correspondent pour 9,6 M€ aux frais de santé engagés en 2021 et antérieurs et qui seront réglés au cours des exercices 2022 et suivants, et pour 1,1 M€ à la contribution exceptionnelle COVID. Les prestations non réglées pendant la période d'indisponibilité des systèmes ont été estimées. Les autres provisions techniques regroupent les Provisions pour Risques Croissants qui s'élèvent respectivement à 73,5 M€ pour les Actifs et à 92,1 M€ pour les Retraités.

Le niveau des plus-values latentes observé à fin 2021 sur les placements et les autres valeurs justifie l'absence de la provision pour risque d'exigibilité au 31 décembre 2021.

L'ensemble des dettes a été réglé à 30 jours post clôture, sauf exception motivée.

ÉVÈNEMENT POSTÉRIEUR À LA CLÔTURE :

Crise Ukraine / Russie

Les opérations militaires en Ukraine qui ont commencé le 24 février 2022 et les sanctions prises contre la Russie par de nombreux Etats ont des incidences sur l'activité de nombreux groupes internationaux et auront une incidence sur l'économie mondiale. Cette situation peut créer des difficultés pour les activités de production et de distribution et avoir des incidences sur les ventes, les approvisionnements (hausse des cours des matières premières et du prix de l'énergie), la chaîne de production et la valeur de certains actifs. Enfin, les risques en matière de cybersécurité sont accrus.

Cette crise constitue donc sur le plan comptable un évènement postérieur à la clôture non lié à une situation existante à la clôture des comptes de 2021.

LES AUTRES ÉLÉMENTS

Perspectives d'avenir - Évolution prévisible

La stratégie de la Mutuelle du Groupe BNP Paribas porte sur plusieurs piliers :

1. La pérennisation de l'activité en tant que Mutuelle du Groupe BNP Paribas.
2. Le renforcement progressif des fonds propres.
3. L'optimisation et le renouvellement de l'offre aux adhérents aussi bien en redistribuant en prestations ou services l'ensemble des cotisations reçues (nettes de taxes, impôts et frais de gestion) qu'en veillant à la qualité du service rendu (qualité des réponses, délais).
4. L'implication forte de la gouvernance sous Solvabilité 2 et dans l'application des politiques écrites.
5. La poursuite de la sécurisation et la fiabilisation des processus.
6. Le maintien du meilleur couple rendement/risque pour les placements financiers.
7. La maîtrise des frais généraux de la Mutuelle.
8. La stratégie financière de la Mutuelle s'inscrit dans une politique sociale et RSE.

Affectation du résultat

L'exercice 2021 se solde par un excédent de 6 877 671 € qu'il est proposé d'affecter en autres réserves.

Approbation des conventions réglementées

Approbation des conventions réglementées visées à l'article L.114-34 du nouveau Code de la mutualité mentionnées dans le rapport spécial du Commissaire aux comptes : aucune nouvelle convention réglementée n'est intervenue en 2021. Les 3 conventions antérieurement approuvées par l'Assemblée continuent à produire des effets.

Liste des mandats et fonctions exercées par les administrateurs dans d'autres organismes mutualistes

La liste des mandats et fonctions exercées par les administrateurs dans d'autres organismes mutualistes est présentée dans l'annexe des comptes annuels.

Les indemnités et remboursements perçus par les administrateurs

Les sommes remboursées au bénéfice des administrateurs pour l'exercice 2021 s'élèvent à 11 534 €. Il s'agit uniquement de remboursements de frais de déplacement.

Rémunérations versées au dirigeant opérationnel

L'article L.114-17 du Code de la mutualité précise que les Mutuelles doivent indiquer l'ensemble des rémunérations versées au dirigeant opérationnel.

L'ensemble du personnel de la Mutuelle, y compris le dirigeant opérationnel, est mis à disposition par BNP Paribas SA.

La Mutuelle n'a pas de pouvoir de décision sur la rémunération des salariés mis à sa disposition, ceux-ci bénéficient du package social en vigueur au sein de BNP Paribas SA en matière de rémunération fixe et variable et d'avantages sociaux (couverture santé, prévoyance, retraite, épargne salariale, participation, intéressement, NAO...).

Dans ce cadre, la rémunération de la directrice opérationnelle en poste actuellement, au sein de la Mutuelle, est conforme aux principes de rémunérations de BNP Paribas SA et n'est pas intéressée à la performance de la Mutuelle ni particulièrement au titre des travaux réalisés pour la Mutuelle.

Dépenses non déductibles fiscalement

Conformément aux dispositions de l'article 223 quater du Code général des impôts, nous vous informons que les comptes de l'exercice 2021 ne comportent pas de dépenses non déductibles fiscalement.

Informations environnementales

Depuis 2016, les Mutuelles doivent communiquer, pour leur entité, des informations relatives aux critères sociaux, environnementaux et de qualité de gouvernance mentionnée à l'article L.533-22-1 du Code monétaire et financier.

Les administrateurs et les salariés de la Mutuelle du Groupe BNP Paribas partagent les critères sociaux, environnementaux et de qualité de gouvernance défendus par le Groupe BNP Paribas.

Sur le plan opérationnel, la Mutuelle poursuit sa réduction de la production de documents papier à destination des adhérents au travers de la dématérialisation (mails, site internet et application mobile) accélérée en 2020 par le travail à domicile de ses collaborateurs.

RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES SUR LES COMPTES ANNUELS

A l'Assemblée Générale de la Mutuelle du Groupe BNP Paribas

Opinion

En exécution de la mission qui nous a été confiée par votre Assemblée générale, nous avons effectué l'audit des comptes annuels de la Mutuelle du Personnel du Groupe BNP Paribas relatifs à l'exercice clos le 31 décembre 2021, tels qu'ils sont joints au présent rapport.

Nous certifions que les comptes annuels sont, au regard des règles et principes comptables français, réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la Mutuelle, à la fin de cet exercice.

L'opinion formulée ci-dessus est cohérente avec le contenu de notre rapport au comité d'audit.

Fondement de l'opinion

Référentiel d'audit

Nous avons effectué notre audit selon les normes d'exercice professionnel applicables en France. Nous estimons que les éléments que nous avons collectés sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion. Les responsabilités qui nous incombent en vertu de ces normes sont indiquées dans la partie « Responsabilités des commissaires aux comptes relatives à l'audit des comptes annuels » du présent rapport.

Indépendance

Nous avons réalisé notre mission d'audit dans le respect des règles d'indépendance prévues par le code de commerce et par le code de déontologie de la profession de commissaire aux comptes sur la période du 1^{er} janvier 2021 à la date d'émission de notre rapport, et notamment nous n'avons pas fourni de services interdits par l'article 5, paragraphe 1, du règlement (UE) n° 537/2014.

Observation

Sans remettre en cause l'opinion exprimée ci-dessus, nous attirons votre attention sur le point suivant exposé dans la note 4.2 « Prestations réglées dans le cadre du dispositif Tiers Payant de la carte Sésame Vitale » de l'annexe des comptes annuels

concernant le dispositif tiers payant de la carte sésame vitale et des flux électroniques.

Justification des appréciations – Points clés de l'audit

La crise mondiale liée à la pandémie de COVID-19 crée des conditions particulières pour la préparation et l'audit des comptes de cet exercice. En effet, cette crise et les mesures exceptionnelles prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire induisent de multiples conséquences pour les entreprises, particulièrement sur leur activité et leur financement, ainsi que des incertitudes accrues sur leurs perspectives d'avenir. Certaines de ces mesures, telles que les restrictions de déplacement et le travail à distance, ont également eu une incidence sur l'organisation interne des entreprises et sur les modalités de mise en œuvre des audits.

C'est dans ce contexte complexe et évolutif que, en application des dispositions des articles L.823-9 et R.823-7 du code de commerce relatives à la justification de nos appréciations, nous portons à votre connaissance les points clés de l'audit relatifs aux risques d'anomalies significatives qui, selon notre jugement professionnel, ont été les plus importants pour l'audit des comptes annuels de l'exercice, ainsi que les réponses que nous avons apportées face à ces risques.

Les appréciations ainsi portées s'inscrivent dans le contexte de l'audit des comptes annuels pris dans leur ensemble et de la formation de notre opinion exprimée ci-avant. Nous n'exprimons pas d'opinion sur des éléments de ces comptes annuels pris isolément.

Évaluation des provisions sur les titres non amortissables

Risque identifié

Au 31 décembre 2021, la valeur nette des titres non amortissables s'élève à 201,9 M€ sur un total bilan de 239,7 M€. Votre mutuelle détermine des provisions pour dépréciation à caractère durable des placements financiers relevant de l'article R.343-10 du code des assurances sur la base d'une estimation de la valeur recouvrable à un horizon de détention donné, selon les modalités exposées dans la note n° 2.5 « Placements financiers » de l'annexe.



RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES SUR LES COMPTES ANNUELS

L'estimation de la valeur recouvrable est notamment déterminée en fonction, de la nature et de la catégorie des placements financiers, des données disponibles de marché et de l'horizon de détention probable. Ce dernier tient compte de la capacité de la Mutuelle à conserver ces placements financiers et des intentions du gouvernement de la Mutuelle. Compte tenu de la part importante de jugement du gouvernement de la Mutuelle, nous avons considéré que l'estimation des valeurs recouvrables servant de base à la détermination des provisions pour dépréciation à caractère durable des placements financiers constituait un point clé de l'audit.

Notre réponse

Pour apprécier le caractère raisonnable des provisions à caractère durable, nous avons mis en œuvre les diligences suivantes :

- Nous avons apprécié la cohérence de l'horizon de détention retenu pour chacune des catégories de placements avec ceux retenus au titre des exercices précédents ainsi qu'avec la capacité de votre mutuelle à détenir ces placements jusqu'à l'horizon concerné et avec les intentions du gouvernement de la Mutuelle,
- Nous avons vérifié que la détermination des valeurs recouvrables par le gouvernement de la Mutuelle est fondée sur une justification appropriée de la méthode d'évaluation et des éléments chiffrés à la date de clôture.

Évaluation des provisions pour prestations à payer

Risque identifié

Au 31 décembre 2021, les provisions pour prestations à payer (y compris les frais de gestion et les taxes Covid-19) s'élèvent à 10,7 M€.

Elles correspondent à l'estimation des prestations non réglées à la date de clôture, qu'elles aient été déclarées ou non, tant en principale qu'en accessoire (frais de gestion, taxes Covid-19).

Au titre de l'exercice clos le 31 décembre 2021 et dans le contexte de la crise sanitaire du Covid-19 et de l'indisponibilité des outils de gestion entre la fin du mois de novembre et la fin de mois de décembre 2021 ayant des impacts sur les hypothèses d'homogénéité de la liquidation entre le passé et le futur et des impacts sur les cycles de déclaration et de paiement des prestations,

L'estimation s'appuie sur des données historiques faisant l'objet de projections de prestations non connus, en utilisant des méthodes actuarielles et en prenant en compte l'évènement « Covid-19 » et l'évènement « Indisponibilité des outils de gestion » selon les modalités décrites dans la note n° 2.7.2. « Provisions pour prestations à payer » et dans la note « 1. Faits caractéristiques de l'exercice » de l'annexe.

Compte tenu de l'importance du jugement exercé par le gouvernement de la Mutuelle, nous avons considéré l'évaluation de ces provisions comme un point clé de l'audit

Notre réponse

Afin d'apprécier le caractère raisonnable de l'estimation du montant des provisions pour prestations à payer, notre approche d'audit a été basée sur les informations qui nous ont été communiquées et a comporté les travaux suivants :

- Apprécier la pertinence de la méthode de calcul utilisée pour l'estimation de la provision,
- Apprécier le caractère approprié des hypothèses retenues pour le calcul de la provision,
- Apprécier le caractère approprié de la prise en compte des évènements « Covid-19 » et « Indisponibilité des outils de gestion » dans le cadre de la méthode de calcul utilisée pour l'estimation de la provision,
- Analyser le dénouement de la provision de l'exercice précédent avec les charges réelles des prestations,
- Analyser le taux de consommation de la provision avec les charges réelles de prestations à fin février 2022,
- Apprécier la cohérence du taux de frais de gestion retenu,
- Procéder au contrôle arithmétique de la détermination de la provision

Évaluation de la provision pour risques croissants

Risque identifié

Au 31 décembre 2021 la provision pour risques croissants s'élève à 165,7 M€. Comme indiqué dans la note n° 2.7.1 « Provisions pour risques à long terme » cette provision a été constituée suite au versement d'une soulte de 150 M€ dans le cadre de la convention signée le 28 septembre 2004 entre



RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES SUR LES COMPTES ANNUELS

L'entreprise BNP Paribas et la Mutuelle afin d'assurer l'équilibre du régime de frais de santé des retraités.

Compte tenu du poids relatif de cette provision au bilan, de la complexité de mise en œuvre de son évaluation et de l'importance du jugement exercé par le gouvernement de la Mutuelle, nous avons considéré l'évaluation de cette provision comme un point clé de l'audit.

Notre réponse

Afin d'apprécier le caractère raisonnable du montant de cette provision, notre approche d'audit a été basée sur les informations qui nous ont été communiquées et a comporté les travaux suivants :

- Apprécier la cohérence des engagements pris dans le cadre de la convention signée et les éléments qui sous-tendent la détermination de la provision,
- Corroborer les résultats de la provision déterminée en lien avec la convention signée le 28 septembre 2004 avec les projections actuarielles des engagements futurs.
- Apprécier le caractère approprié des hypothèses retenues pour le calcul des projections actuarielles des engagements futurs.
- Vérifier la cohérence et la permanence du modèle de calcul,
- Procéder au contrôle arithmétique de la détermination de la provision.

Vérification du rapport de gestion et des autres documents adressés aux adhérents

Nous avons également procédé, conformément aux normes d'exercice professionnel applicables en France, aux vérifications spécifiques prévues par la loi.

Nous n'avons pas d'observation à formuler sur la sincérité et la concordance avec les comptes annuels des informations données dans le rapport de gestion du Conseil d'Administration incluant les informations prévues à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité et dans les documents adressés aux membres de la Mutuelle sur la situation financière et les comptes annuels.

En application de l'article L.114-39 du Code de la Mutualité, il est joint en annexe à notre rapport sur les comptes annuels, la liste des concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par une mutuelle ou union régie par le livre II au bénéfice d'une mutuelle ou union régie par le livre III.

Informations résultant d'autres obligations légales et réglementaires

Désignation des commissaires aux comptes

Nous avons été nommés commissaire aux comptes de la Mutuelle par l'Assemblée Générale approuvant les comptes du 31 décembre 2015. Au 31 décembre 2021, le cabinet FIDAUDIT était dans sa 24^{ième} année de sa mission sans interruption dont 24 années depuis que l'entité est entrée dans le périmètre des EIP tel que défini par les textes européens.

Responsabilités de la direction et des personnes constituant le gouvernement d'entreprise relatives aux comptes annuels

Il appartient à la direction d'établir des comptes annuels présentant une image fidèle conformément aux règles et principes comptables français ainsi que de mettre en place le contrôle interne qu'elle estime nécessaire à l'établissement de comptes annuels ne comportant pas d'anomalies significatives, que celles-ci proviennent de fraudes ou résultent d'erreurs.

Lors de l'établissement des comptes annuels, il incombe à la direction d'évaluer la capacité de la Mutuelle à poursuivre son exploitation, de présenter dans ces comptes, le cas échéant, les informations nécessaires relatives à la continuité d'exploitation et d'appliquer la convention comptable de continuité d'exploitation, sauf s'il est prévu de liquider la Mutuelle ou de cesser son activité.

Il incombe au comité d'audit de suivre le processus d'élaboration de l'information financière et de suivre l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques, ainsi que le cas échéant de l'audit interne, en ce qui concerne les procédures relatives à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière. Les comptes annuels ont été arrêtés par le Conseil d'administration.

Responsabilités des commissaires aux comptes relatives à l'audit des comptes annuels

Objectif et démarche d'audit

Il nous appartient d'établir un rapport sur les comptes annuels. Notre objectif est d'obtenir l'assurance raisonnable que les comptes annuels pris dans leur ensemble ne comportent pas d'anomalies significatives. L'assurance raisonnable correspond à un niveau élevé d'assurance, sans toutefois garantir qu'un audit réalisé conformément aux normes d'exercice



RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES SUR LES COMPTES ANNUELS

professionnel permet de systématiquement détecter toute anomalie significative. Les anomalies peuvent provenir de fraudes ou résulter d'erreurs et sont considérées comme significatives lorsque l'on peut raisonnablement s'attendre à ce qu'elles puissent, prises individuellement ou en cumulé, influencer les décisions économiques que les utilisateurs des comptes prennent en se fondant sur ceux-ci.

Comme précisé par l'article L. 823-10-1 du Code de commerce, notre mission de certification des comptes ne consiste pas à garantir la viabilité ou la qualité de la gestion de votre Mutuelle.

Dans le cadre d'un audit réalisé conformément aux normes d'exercice professionnel applicables en France, le commissaire aux comptes exerce son jugement professionnel tout au long de cet audit.

En outre :

- il identifie et évalue les risques que les comptes annuels comportent des anomalies significatives, que celles-ci proviennent de fraudes ou résultent d'erreurs, définit et met en œuvre des procédures d'audit face à ces risques, et recueille des éléments qu'il estime suffisants et appropriés pour fonder son opinion. Le risque de non-détection d'une anomalie significative provenant d'une fraude est plus élevé que celui d'une anomalie significative résultant d'une erreur, car la fraude peut impliquer la collusion, la falsification, les omissions volontaires, les fausses déclarations ou le contournement du contrôle interne ;
- il prend connaissance du contrôle interne pertinent pour l'audit afin de définir des procédures d'audit appropriées en la circonstance, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne ;
- il apprécie le caractère approprié des méthodes comptables retenues et le caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, ainsi que les informations les concernant fournies dans les comptes annuels ;
- il apprécie le caractère approprié de l'application par la direction de la convention comptable de continuité d'exploitation et, selon les éléments collectés, l'existence ou non d'une incertitude significative liée à des événements ou à des circonstances susceptibles de mettre en cause la capacité de la Mutuelle à poursuivre son exploitation. Cette appréciation s'appuie sur les éléments collectés jusqu'à la date de son rapport,

étant toutefois rappelé que des circonstances ou événements ultérieurs pourraient mettre en cause la continuité d'exploitation. S'il conclut à l'existence d'une incertitude significative, il attire l'attention des lecteurs de son rapport sur les informations fournies dans les comptes annuels au sujet de cette incertitude ou, si ces informations ne sont pas fournies ou ne sont pas pertinentes, il formule une certification avec réserve ou un refus de certifier ;

- il apprécie la présentation d'ensemble des comptes annuels et évalue si les comptes annuels reflètent les opérations et événements sous-jacents de manière à en donner une image fidèle.

Rapport au comité d'audit

Nous remettons un rapport au comité d'audit qui présente notamment l'étendue des travaux d'audit et le programme de travail mis en œuvre, ainsi que les conclusions découlant de nos travaux. Nous portons également à sa connaissance, le cas échéant, les faiblesses significatives du contrôle interne que nous avons identifiées pour ce qui concerne les procédures relatives à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière.

Parmi les éléments communiqués dans le rapport au comité d'audit, figurent les risques d'anomalies significatives que nous jugeons avoir été les plus importants pour l'audit des comptes annuels de l'exercice et qui constituent de ce fait les points clés de l'audit. Ces points sont décrits dans le présent rapport. Nous fournissons également au comité d'audit la déclaration prévue par l'article 6 du règlement (UE) n° 537-2014 confirmant notre indépendance, au sens des règles applicables en France telles qu'elles sont fixées notamment par les articles L. 822-10 à L. 822-14 du Code de commerce et dans le code de déontologie de la profession de commissaire aux comptes. Le cas échéant, nous nous entretenons avec le comité d'audit des risques pesant sur notre indépendance et des mesures de sauvegarde appliquées.

Fait à Courbevoie, le 15 Avril 2022

**Le Commissaire aux Comptes
FIDAUDIT**

Membre du réseau Fiducial

Bruno AGEZ



RAPPORT SPÉCIAL DU COMMISSAIRE AUX COMPTES SUR LES CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES

Exercice clos le 31 Décembre 2021

Mesdames, Messieurs,

En notre qualité de Commissaire aux comptes de votre mutuelle, nous vous présentons notre rapport sur les conventions réglementées. Il nous appartient de vous communiquer, sur la base des informations qui nous ont été données, les caractéristiques et les modalités essentielles des conventions dont nous avons été avisés ou que nous aurions découvertes à l'occasion de notre mission, sans avoir à nous prononcer sur leur utilité et leur bienfondé ni à rechercher l'existence d'autres conventions. Il vous appartient, selon les termes de l'article L. 114-32 du Code de la mutualité, d'apprécier l'intérêt qui s'attachait à la conclusion de ces conventions en vue de leur approbation.

Par ailleurs, il nous appartient, le cas échéant, de vous communiquer les informations prévues à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité relatives à l'exécution, au cours de l'exercice écoulé, des conventions déjà approuvées par l'Assemblée générale.

Nous avons mis en œuvre les diligences que nous avons estimé nécessaires au regard de la doctrine professionnelle de la Compagnie nationale des Commissaires aux comptes relative à cette mission.

Conventions soumises à l'approbation de l'Assemblée Générale

Nous vous informons qu'il ne nous a été donné avis d'aucune convention autorisée au cours de l'exercice écoulé à soumettre à l'approbation de l'Assemblée générale en application des dispositions de l'article L. 114-34 du Code de la mutualité.

Conventions déjà approuvées par l'Assemblée Générale

Nous avons été informés que l'exécution des conventions suivantes, déjà approuvées par l'Assemblée Générale au cours d'exercices antérieurs, s'est poursuivie au cours de l'exercice écoulé.

a. Réseau Tiers Payants Kalivia (Groupe Vyv Partenariat)

Administrateur concerné : Monsieur Claude AUDRAIN

Nature : La mutuelle a signé le 12/08/2012, une convention avec l'Union Harmonie Mutualité et l'Union Harmonie Mutuelles (Entités du groupe Vyv Partenariat) dans le cadre d'une part, de la mise à disposition du réseau Kalivia aux membres

d'Harmonie Mutuelles et d'autre part, dans le cadre de la gestion du tiers payant optique par Harmonie Mutuelles. Cette convention de services de tiers payant et d'accès au réseau Kalivia a conduit la Mutuelle à inscrire une charge dans les comptes au 31 12 2021 d'un montant de 111 102 euros.

b. Prêt accordé à l'Institut des Cents Arpents

Administrateurs concernés : Messieurs Serge CHEVRIER et Claude AUDRAIN

Nature : La Mutuelle BNP Paribas a accordé à l'Institut des Cents Arpents un prêt de 500.000 euros à compter du 1^{er} janvier 2005 et au taux de 3 % indexé sur le taux des prêts « PHARE » de la CDC. Ce prêt est remboursable sur 20 ans. Le solde du prêt, ainsi que les produits d'intérêts s'élèvent respectivement au 31 décembre 2021 à 91 878 euros et à 1 515 euros.

c. Bail à construction accordé à l'Institut des Cent Arpents

Administrateurs concernés : Messieurs Serge CHEVRIER et Claude AUDRAIN

Nature : Dans le cadre de l'opération sus-mentionnée, la Mutuelle a signé le 24 02 2005 un bail à construction de vingt ans avec l'Institut des Cent Arpents portant sur les parcelles AW 98 et AW 99 d'une superficie totale de 1 ha 37 a 33 ca. Ce bail est consenti moyennant un loyer annuel de 7 000 euros révisable annuellement selon l'indice d'indexation des loyers. Il prévoit que la construction édifiée ainsi que tous les travaux et aménagements resteront la propriété de l'Institut durant le bail et au terme de celui-ci une promesse de vente du terrain pour qu'à l'expiration du bail les parcelles identifiées ci-dessus soient transférées à l'Institut, cette promesse étant assortie de l'obligation pour le bénéficiaire de verser un supplément de loyer annuel de 5 000 euros révisable dans les mêmes conditions que le loyer de base, sur toute la durée du bail. Par ailleurs, au cours de l'année 2010, la Mutuelle a réalisé des travaux sur le site. Un complément de loyer annuel de 15 000 euros a été facturé à l'Institut à compter du 1^{er} septembre 2010.

Au 31 décembre 2021, les montants facturés sont de 121 461 euros.

Fait à Courbevoie, le 15 Avril 2022

Le Commissaire aux Comptes
FIDAUDIT
Membre du réseau Fiducial

Bruno AGEZ



“ La Gouvernance ”

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31 DÉCEMBRE 2021

CHEVRIER Serge	Président	RHG
BON-CASERY Elisabeth	Vice présidente	BCEF
FORLI Bernard	Secrétaire général	Retraité
DENYS Céline	Secrétaire général adjoint	RH Groupe
AUBERT Pascal	Trésorier	CIB
HUBAUD Claude	Trésorier adjoint	RHG
BARET Charlotte	Administrateur	LEGAL
BAUER Annick	Administrateur	BCEF
BERERD Thierry	Administrateur	Retraité
BOURSIER Alain	Administrateur	Retraité
BUCHOT Christian	Administrateur	Retraité
GREGOIRE Laurence	Administrateur	BCEF
NDAO Coura	Administrateur	RHG
SAXE Lionel	Administrateur	Retraité
VOTAT Muriel	Administrateur	BCEF
BERDOY Dominique	Administrateur	Retraité
MERLO Joëlle	Administrateur	BPSS
DA COSTA Amadeu	Administrateur	Retraité

La direction

MONTOUCHET Fabienne	Directrice	Mutuelle du Groupe BNP Paribas
LAMBERT Franck	Directeur adjoint	Mutuelle du Groupe BNP Paribas
LEPINAU (de) Claire	Directrice adjointe	Mutuelle du Groupe BNP Paribas

Les dirigeants effectifs notifiés à l'ACPR

CHEVRIER Serge	Président	RH Groupe
MONTOUCHET Fabienne	Directrice	Mutuelle du Groupe BNP Paribas
LEPINAU (de) Claire	Directrice adjointe	Mutuelle du Groupe BNP Paribas

Les Responsables fonctions clefs notifiés à l'ACPR

LEPINAU (de) Claire	Fonction Vérification de la Conformité	Directrice adjointe
MACRON Christèle	Fonction Actuarielle	Responsable Comptabilité-Finances
MONTOUCHET Fabienne	Fonction Gestion des Risques	Directrice
PENA Valérie	Fonction d'Audit Interne	Auditrice

Le Bureau

CHEVRIER Serge	Président	RH Groupe
BON-CASERY Elisabeth	Vice-présidente	RH Groupe
FORLI Bernard	Secrétaire général	Retraité
DENYS Céline	Secrétaire général adjoint	RH Groupe
AUBERT Pascal	Trésorier	CIB
HUBAUD Claude	Trésorier adjoint	RH Groupe

Le Comité d'Audit et des Risques

DENYS Céline	Présidente du Comité	Inspection Générale
FORLI Bernard	Secrétaire général	Retraité
AUBERT Pascal	Trésorier	CIB
BOURSIER Alain	Administrateur	Retraité
NDAO Sokhna Coura	Administrateur	RH Groupe
VOTAT Muriel	Administrateur	BCEF

Le Comité Financier

SAXE Lionel	Président du Comité	BDDF
CHEVRIER Serge	Président de la Mutuelle	RH Groupe
FORLI Bernard	Secrétaire général	Retraité
BUCHOT Christian	Administrateur	Retraité
AUBERT Pascal	Trésorier	CIB
HUBAUD Claude	Trésorier adjoint	RH Groupe

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

ANCIENNE VERSION

Chapitre 1 : Formation et objet de la Mutuelle

ARTICLE 1 : Formation de la Mutuelle

Une mutuelle d'entreprise appelée MUTUELLE DU GROUPE BNP PARIBAS est établie à : PARIS, 9^{ème}. 16 boulevard des Italiens.

Son adresse postale est :
Mutuelle du Groupe BNP Paribas,
CKA01A1,
3-5-7 rue du Général Compans,
93500 Pantin.

Elle est une personne morale à but non lucratif régie par le Code de la mutualité et soumise en particulier aux dispositions de son livre II : Mutuelles et Unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation.

Elle est immatriculée au Répertoire National d'identification des entreprises et des établissements (SIRENE) sous le numéro SIREN 784 410 847. Elle est agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour pratiquer des opérations relevant du Code de la mutualité.

ARTICLE 2 : Objet de la Mutuelle

La Mutuelle a pour objet :

- **de fournir** à ses adhérents et à leurs ayants droit des prestations d'assurance afférentes à la branche d'activité ci-après définie dans le Code de la mutualité : Branche 2 – Maladie.
- **de les faire bénéficier** des avantages qu'apporte l'affiliation de la Mutuelle à des organismes mutualistes supérieurs ou à des unions mutualistes, notamment l'offre de couvertures santé complémentaire et l'accès à des prestations complémentaires.
- **de leur accorder**, dans le cadre d'une action sociale répondant aux exigences de l'article L.111-1.III du Code de la mutualité :
 - des allocations exceptionnelles pour pallier notamment les conséquences de maladies génératrices de fortes dépenses,
 - des allocations dans le cas d'une personne en situation de handicap,
 - des aides à la personne.
- **de développer** des actions de prévention.

La Mutuelle participe également à la protection complémentaire instaurée par la loi n° 99641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle.

NOUVELLE VERSION

ARTICLE 1 : Formation de la Mutuelle

Une mutuelle d'entreprise appelée MUTUELLE DU GROUPE BNP PARIBAS est établie à : PARIS, 9^{ème}. 16 boulevard des Italiens.

Son adresse postale est :
Mutuelle du Groupe BNP Paribas,
CKA01A1,
3-5-7 rue du Général Compans,
93500 PANTIN.

Elle est une personne morale à but non lucratif régie par le Code de la mutualité et soumise en particulier aux dispositions de son livre II : Mutuelles et Unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation.

Elle est immatriculée au Répertoire National d'identification des entreprises et des établissements (SIRENE) sous le numéro SIREN 784 410 847. Elle est agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour pratiquer des opérations relevant du Code de la mutualité.

ARTICLE 2 : Objet de la Mutuelle

La Mutuelle a pour objet :

- **de fournir** à ses adhérents et à leurs ayants droit des prestations d'assurance afférentes à la branche d'activité ci-après définie dans le Code de la mutualité : Branche 2 – Maladie.
- **de les faire bénéficier des avantages qu'apporte l'affiliation de la Mutuelle à des organismes mutualistes supérieurs ou à des unions mutualistes, notamment l'offre de couvertures santé complémentaire et l'accès à des prestations complémentaires.**
- **de leur accorder**, dans le cadre d'une action sociale répondant aux exigences de l'article L.111-1.III du Code de la mutualité :
 - des allocations exceptionnelles pour pallier notamment les conséquences de maladies génératrices de fortes dépenses,
 - des allocations dans le cas d'une personne en situation de handicap,
 - des aides à la personne.
- **de développer** des actions de prévention.

La Mutuelle participe également à la protection complémentaire instaurée par la loi n° 99641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle.



ARTICLE 3 : Règlement mutualiste/Notice

Le **Règlement mutualiste** fixe les obligations réciproques entre la Mutuelle et les adhérents individuels, de même la Notice fixe les obligations réciproques entre la Mutuelle et les adhérents des entreprises adhérentes à la Mutuelle. Ils définissent le contenu et la durée des engagements entre les adhérents et la Mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

La Notice et le Règlement mutualiste sont validés par le Conseil d'administration selon les règles générales adoptées par l'Assemblée générale qui peut à tout moment les modifier.

Un Règlement mutualiste validé par le Conseil d'administration selon les règles générales adoptées par l'Assemblée générale, définit le contenu et la durée des engagements entre chaque membre participant (personne physique) ou honoraire (entreprise) et la Mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Tous les membres participants (personnes physiques) et les membres honoraires (entreprises) sont tenus de se conformer à ce Règlement mutualiste au même titre qu'aux présents Statuts.

Le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement mutualiste des modifications qui s'appliquent immédiatement.

ARTICLE 3 : Notice et Règlement mutualiste

La Notice fixe les obligations réciproques entre la Mutuelle et les adhérents des entreprises adhérentes à la Mutuelle de même que le **Règlement mutualiste** fixe les obligations réciproques entre la Mutuelle et les adhérents individuels. Ils définissent les engagements entre les adhérents et la Mutuelle, notamment en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

La Notice et le Règlement mutualiste sont validés par le Conseil d'administration selon les règles générales adoptées par l'Assemblée générale qui peut à tout moment les modifier.

CHAPITRE 2 : Conditions d'admission, de résiliation, de radiation et d'exclusion

Section I : Conditions d'admission

ARTICLE 4 : Définition des membres adhérent à la Mutuelle

La **Mutuelle** admet des membres honoraires et des membres participants également appelés adhérents.

Les membres honoraires sont les personnes morales ayant signé une convention avec la Mutuelle au titre d'une opération collective visée aux articles L 114-1 et L 221-2 du Code de la mutualité.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de celle-ci.

Ils se distinguent entre :

- **Membres participants à titre collectif, lorsque leur adhésion découle d'une opération collective conclue par leur employeur.**
- **Membres participants à titre individuel.**
- **Les ayants droit des membres participants** pouvant bénéficier des prestations de la mutuelle sont :
 - Les conjoints (concubins, pacsés) ;
 - Les enfants mineurs ;
 - Les enfants à charge au sens de la réglementation fiscale ;
 - Les enfants handicapés quel que soit leur âge ;
 - Ascendant à charge fiscalement de l'adhérent, âgé de plus de 67 ans ou de plus de 62 ans s'il est dans l'incapacité physique d'exercer un emploi ou considéré comme tel par l'Assurance Maladie.

A leur demande expresse, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

Section I : Conditions d'admission, résiliation, radiation

ARTICLE 4 : Définition des membres adhérent à la Mutuelle

La **Mutuelle** admet des membres honoraires et des membres participants également appelés adhérents.

Les membres honoraires sont les personnes morales ayant signé une convention avec la Mutuelle au titre d'une opération collective visée aux articles L 114-1 et L 221-2 du Code de la mutualité.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de celle-ci.

Ils se distinguent entre :

- **Membres participants à titre collectif, lorsque leur adhésion découle d'une opération collective conclue par leur employeur.**
- **Membres participants à titre individuel.**
- **Les ayants droit des membres participants** pouvant bénéficier des prestations de la mutuelle sont :
 - Les conjoints (**mariés**, concubins, pacsés) ;
 - Les enfants mineurs ;
 - Les enfants à charge au sens de la réglementation fiscale ;
 - Les enfants handicapés quel que soit leur âge ;
 - Ascendant à charge fiscalement de l'adhérent, âgé de plus de 67 ans ou de plus de 62 ans s'il est dans l'incapacité physique d'exercer un emploi ou considéré comme tel par l'Assurance Maladie.

A leur demande expresse, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.



ARTICLE 5 : Effets de l'adhésion

En application de l'article L114-1 du Code de la mutualité, **les droits et obligations** résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre le Membre Honoraire et la Mutuelle.

Acquièrent **la qualité de membre participant** de la Mutuelle à titre individuel les personnes qui remplissent les conditions prévues par l'article 4.

L'adhésion à la Mutuelle emporte acceptation des dispositions des statuts, ainsi que les droits et obligations définis par le Règlement mutualiste.

ARTICLE 6 : Modalités d'affiliation

L'affiliation à la Mutuelle des salariés résulte d'une décision prise par l'employeur ou la personne morale dans les conditions prévues par l'article L 911-1 du Code de la sécurité sociale imposant à ces salariés de s'affilier à la Mutuelle.

Pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, la qualité de membre honoraire de la Mutuelle résulte, en application des dispositions, législatives, réglementaires ou conventionnelles, de la signature d'une convention par l'employeur ou la personne morale. Cette qualité perdure tant que cette convention demeure en vigueur.

A la date de l'affiliation, ses salariés deviennent membres participants de la Mutuelle.

L'affiliation à la Mutuelle est obligatoire pour tous les salariés en CDI et en CDD d'une durée supérieure ou égale à un an des entités du Groupe BNP Paribas, membres honoraires de la Mutuelle, ayant adhéré à la Mutuelle.

L'adhésion des Membres Participants à titre individuel est matérialisée par un bulletin d'adhésion et d'éventuelles pièces complémentaires requises par la Mutuelle.

Le terme Adhérent est considéré comme synonyme du terme Membre participant.

Les ayants droit des adhérents susceptibles de bénéficier des prestations de la Mutuelle sont les personnes désignées à l'article 4 des présents Statuts.

Section II : Conditions de démission, de radiation, d'exclusion d'un membre participant à titre individuel

ARTICLE 7 : Démission – Radiation – Exclusion

Les membres participants à titre individuel visés à l'article 4 des présents Statuts peuvent démissionner de la Mutuelle.

La démission d'un membre participant à titre individuel est donnée par écrit et entraîne la radiation de ses ayants droit.

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L 112 7, 2218, 22181 et 22117 du Code de la mutualité.

Leur radiation est prononcée par le Conseil d'administration. Il peut toutefois être sursis par le Conseil ou par délégation au Directeur à l'application de cette mesure pour les adhérents qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leur cotisation.

ARTICLE 5 : Effets de l'adhésion

En application de l'article L114-1 du Code de la mutualité, **les droits et obligations** résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre le Membre Honoraire et la Mutuelle.

Acquièrent **la qualité de membre participant** de la Mutuelle à titre individuel les personnes qui remplissent les conditions prévues par l'article 4.

L'adhésion à la Mutuelle emporte acceptation des dispositions des statuts, ainsi que les droits et obligations définis par **la Notice et** le Règlement mutualiste.

ARTICLE 6 : Modalités d'adhésion

Adhésion à titre collectif

En application de l'article L114-1 du Code de la mutualité, **les droits et obligations** résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre le Membre Honoraire et la Mutuelle. Cette qualité perdure tant que cette convention demeure en vigueur.

L'adhésion à la Mutuelle est obligatoire pour tous les salariés en CDI et en CDD d'une durée supérieure ou égale à un an des entités du Groupe BNP Paribas, **mandataires sociaux assimilés salariés au sens de la Sécurité Sociale**, membres honoraires de la Mutuelle, ayant adhéré à la Mutuelle **tel que précisé à l'article 1 de la Notice**.

Le terme Adhérent est considéré comme synonyme du terme Membre participant.

Les ayants droit des adhérents susceptibles de bénéficier des prestations de la Mutuelle sont les personnes désignées à l'article 4 des présents Statuts.

Adhésion à titre individuel

En application des articles L114-1 et L221-4 du Code de la mutualité, l'adhésion des Membres Participants à titre individuel est matérialisée par un bulletin d'adhésion et d'éventuelles pièces complémentaires requises par la Mutuelle. **L'adhésion à la Mutuelle emporte acceptation des dispositions des Statuts, ainsi que les droits et obligations définis par le Règlement mutualiste. Les Statuts et le Règlement mutualiste sont adressés à l'adhérent au moment de son adhésion (article 51 des Statuts) et sont mis à disposition sur le site de la Mutuelle.**

Le terme Adhérent est considéré comme synonyme du terme Membre participant.

ARTICLE 7 : Résiliation – Radiation – Exclusion d'un membre participant à titre individuel

Résiliation :

Les membres participants à titre individuel visés à l'article 4 des présents Statuts peuvent démissionner de la Mutuelle.

La **résiliation** d'un membre participant à titre individuel est donnée par écrit et entraîne la radiation de ses ayants droit. **Par exception, une demande de résiliation dans le cadre de la Résiliation infra-Annuelle (Loi 2019-733 du 14/07/2019) devra être adressée par courrier recommandé.**

Dans les conditions prévues à l'article L221-10-2 du Code de la mutualité, l'adhérent peut résilier son adhésion après expiration d'un délai d'un an à compter de sa date d'adhésion, sans frais ni pénalités.



Sans préjudice des dispositions du Titre II du livre II du Code de la mutualité, **peuvent être exclus les adhérents** à titre individuel qui auront de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou auront omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées.

Peuvent également être exclus les membres participants :

- dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle,
- qui auront causé aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.

L'adhérent dont l'exclusion est proposée pour l'un des motifs visés ci-dessus est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée sans autre formalité.

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions des articles L.221-7 à L.221-17 du Code de la mutualité.

Les ayants droit se trouvent concomitamment exclus du bénéfice des prestations, en raison de l'exclusion du membre participant auquel ils sont rattachés.

En cas de demande de résiliation d'un ayant droit, il ne sera plus possible que ce dernier puisse bénéficier à nouveau d'une adhésion à la Mutuelle à l'exception du cas prévu par l'article 5 du Règlement mutualiste.

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

Radiation :

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L221- 7 « Opérations individuelles-défaut de paiement », et L221-17 « Résiliation pour modification du risque » du Code de la mutualité.

Exclusion :

Sans préjudice des dispositions du Titre II du livre II du Code de la mutualité, **peuvent être exclus les adhérents** à titre individuel qui auront de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou auront omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées.

Peuvent notamment être exclus les membres participants ayant effectué des demandes de remboursement ou des déclarations frauduleuses.

Conséquences de la résiliation, radiation, exclusion :

La résiliation, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions des articles L221-7 à L221-17 du Code de la mutualité.

Les ayants droit se trouvent concomitamment exclus du bénéfice des prestations, en raison de l'exclusion du membre participant auquel ils sont rattachés.

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

La résiliation est irrévocable pour les adhérents à l'exception du cas prévu par l'article 4 « conditions d'inscription ou de réinscription des ayants droit » du Règlement mutualiste.

ARTICLE 8 : Conditions de résiliation, de radiation, d'exclusion d'un membre participant à titre collectif

Résiliation :

Dans les conditions prévues à l'article L221-10-2 du Code de la mutualité, l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut résilier son adhésion après expiration d'un délai d'un an à compter de sa date d'adhésion, sans frais ni pénalités.

La résiliation d'un contrat collectif par l'employeur ou la personne morale souscriptrice entraîne, le cas échéant, la perte de la qualité de membre honoraire pour l'employeur ou la personne morale.

La résiliation individuelle n'est pas ouverte aux salariés d'une entreprise ayant souscrit à un contrat collectif obligatoire. Elle est en revanche ouverte aux ayants droit du salarié dans les conditions fixées par la Notice.

Exclusion :

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L221- 8 « Opérations collectives-défaut de paiement », L221-8-1 « Maintien des garanties collectives obligatoires en cas de défaillance de l'employeur » du Code de la mutualité.

Conséquences de la résiliation, radiation, exclusion : La résiliation par une entreprise d'un contrat collectif entraîne la démission de fait de la Mutuelle de ses salariés et de leurs ayants droit.



ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 : Assemblée Générale

Section I : Composition, Elections

ARTICLE 8 : Composition de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est composée des **membres participants** (personnes physiques) et des **membres honoraires** (entreprises).

Chaque membre participant dispose **d'une voix à l'Assemblée générale**.

ARTICLE 9 : Modalités de vote

Les membres participants votent électroniquement ou par correspondance ou lors de l'Assemblée générale..

Le vote électronique est prévu par l'article L 114-13, alinéa 3 du Code la mutualité.

Le vote électronique ou par correspondance s'exerce selon les conditions et modalités fixées par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Pour le vote électronique ou par correspondance, un bulletin et ses annexes sont joints à chaque convocation.

Le bulletin de vote permet au membre participant ou au membre honoraire d'exprimer sur chaque résolution proposée avec exposé des motifs, un vote favorable ou défavorable à son adoption. Il rappelle à chaque membre qu'il peut s'abstenir. Les membres répondent par «oui» ou par «non» aux questions posées ou s'abstiennent et désignent les candidats de leur choix dans la liste proposée.

Est annexé au formulaire le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs.

Les formulaires de vote par correspondance ne donnant aucun sens de vote pour l'une des résolutions, ni expression de l'abstention sont considérés comme des votes nuls de même que les bulletins de vote comportant plus d'un choix résolutions.

Le vote électronique ou par correspondance pour l'Assemblée générale vaut pour l'Assemblée tenue sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Il devra être reçu au moins 1 jour avant la date de réunion de l'Assemblée pour qu'il en soit tenu compte.

Section I : Composition, Elections

ARTICLE 9 : Composition de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est composée des **membres participants** (personnes physiques) et des **membres honoraires** (entreprises).

Chaque membre participant dispose **d'une voix à l'Assemblée générale**.

ARTICLE 10 : Modalités de vote

Conformément à l'article L114-13 du Code de la mutualité, les membres participants **votent électroniquement ou par correspondance** ou lors de l'Assemblée générale. Les modalités d'organisation du vote électronique respectent le secret et la sincérité du scrutin alinéa 5 de l'article susvisé.

Le vote électronique ou par correspondance s'exerce selon les conditions et modalités fixées par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Pour le vote électronique ou par correspondance, un bulletin et ses annexes sont joints à chaque convocation.

Le bulletin de vote permet au membre participant ou au membre honoraire d'exprimer sur chaque résolution proposée avec exposé des motifs, un vote favorable ou défavorable à son adoption. Il rappelle à chaque membre qu'il peut s'abstenir. Les membres répondent par «oui» ou par «non» aux questions posées ou s'abstiennent et désignent les candidats de leur choix dans la liste proposée.

Est annexé au formulaire le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs.

Le vote électronique ou par correspondance pour l'Assemblée générale vaut pour l'Assemblée tenue sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Il devra être reçu au moins 1 jour avant la date de réunion de l'Assemblée pour qu'il en soit tenu compte.



ARTICLE 10 : Vote par procuration

A 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 membre qui en fait la demande.

La Mutuelle doit faire droit à toute demande déposée ou reçue à ses bureaux au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

A toute formule de **vote par procuration**, adressée aux membres de l'Assemblée par l'organisme, doit être joint le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs.

Les membres de l'Assemblée générale qui votent par procuration doivent signer la procuration et indiquer leurs nom, prénom usuel et domicile ainsi que les noms, prénom usuel et domicile de leur mandataire. Ils doivent adresser la procuration à leur mandataire.

Le ou la mandataire doit être membre de l'Assemblée générale de la Mutuelle.

Le mandat est donné pour une seule assemblée, sauf dans les deux cas suivants :

- Un mandat peut être donné pour deux assemblées tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées à l'article 16 et l'autre pour exercer les attributions visées à l'article 15 des présents statuts ;
- Un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Le nombre de mandats réunis par un même adhérent ne peut excéder cinq.

ARTICLE 11 : Vote par procuration

A 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 membre qui en fait la demande.

La Mutuelle doit faire droit à toute demande déposée ou reçue à ses bureaux au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

A toute formule de **vote par procuration**, adressée aux membres de l'Assemblée par l'organisme, doit être joint le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs.

Les membres de l'Assemblée générale qui votent par procuration doivent signer la procuration et indiquer leurs nom, prénom usuel et domicile ainsi que le nom, prénom usuel et domicile de leur mandataire. Ils doivent adresser la procuration à leur mandataire.

Le ou la mandataire doit être membre de l'Assemblée générale de la Mutuelle.

Le mandat est donné pour une seule assemblée, sauf dans les deux cas suivants :

- Un mandat peut être donné pour deux assemblées tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées à l'article 17 et l'autre pour exercer les attributions visées à l'article 16 des présents Statuts ;
- Un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Le nombre de mandats réunis par un même adhérent ne peut excéder cinq.

Section II : Réunions de l'Assemblée générale

ARTICLE 11 : Convocation par le Président du Conseil d'administration

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

L'Assemblée générale doit être réunie dans un délai de sept mois suivant la clôture de l'exercice afin de procéder à l'examen des comptes, sauf prolongation de ce délai, à la demande motivée du Conseil d'administration, par ordonnance du Tribunal de grande instance statuant sur requête.

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

ARTICLE 12 : Convocation par le Président du Conseil d'administration

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

L'Assemblée générale doit être réunie dans un délai de sept mois suivant la clôture de l'exercice afin de procéder à l'examen des comptes, sauf prolongation de ce délai, à la demande motivée du Conseil d'administration, par ordonnance du Tribunal de grande instance statuant sur requête.

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



ARTICLE 12 : Autres modalités de convocation

L'**Assemblée générale** peut également être convoquée, à tout moment, par les personnes et dans les conditions prévues par l'article L.114-8 du Code de la mutualité, en particulier :

- par la majorité des administrateurs composant le Conseil d'administration,
- par le Commissaire aux comptes,
- l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- Les liquidateurs.

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

ARTICLE 13 : Modalités de la convocation

L'**Assemblée générale** doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion, dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur. **La convocation** pourra être faite par lettre ordinaire adressée à chaque adhérent ou par voie électronique pour les membres ayant communiqué une adresse email à la Mutuelle.

Les membres composant l'Assemblée générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la Mutualité.

A minima, et à la lumière du contenu de l'information qui doit être communiquée avec les formulaires de vote par correspondance ou par électronique et par procuration (Cmut art. R. 114-1 et R. 114-2), les documents visés sont le texte et l'exposé des motifs des résolutions. S'y ajoutent pour l'Assemblée générale chargée de statuer sur les comptes, les comptes annuels, et leurs annexes (rapport de gestion, rapports des commissaires aux comptes, tableaux d'affectation des résultats...).

Les formulaires et documents nécessaires pour exprimer leur vote.

Pour être valides, les candidatures aux élections du Conseil d'administration devront comporter : Nom, Prénom, Genre, Date de naissance, Fonction.

Pour le vote par correspondance, la convocation des membres de l'Assemblée générale indique les conditions et lieux dans lesquels cette faculté peut être exercée et les conditions dans lesquelles ils peuvent obtenir les formulaires nécessaires et les documents qui y sont annexés.

Lorsqu'une **Assemblée générale** n'a pas pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde Assemblée générale peut être convoquée. Elle est tenue dans un délai maximum de 21 jours.

ARTICLE 13 : Autres modalités de convocation

L'**Assemblée générale** peut également être convoquée, à tout moment, par les personnes et dans les conditions prévues par l'article L114-8 du Code de la mutualité, en particulier par :

- par la majorité des administrateurs composant le Conseil d'administration,
- par le Commissaire aux comptes,
- l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- Les liquidateurs.

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

ARTICLE 14 : Modalités de la convocation

L'**Assemblée générale** doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion, dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur. **La convocation** pourra être faite par lettre ordinaire adressée à chaque adhérent ou par voie électronique pour les membres ayant communiqué une adresse mail à la Mutuelle.

Les membres composant l'Assemblée générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la Mutualité.

Sont communiqués ou mis à disposition des adhérents dans la perspective du vote, le formulaire de vote, le texte des résolutions et l'exposé des motifs (**Code de la mutualité article R114-1 et R114-2**).

S'y ajoutent pour l'Assemblée générale chargée de statuer sur les comptes, les comptes annuels, et leurs annexes (rapport de gestion, rapports des commissaires aux comptes, tableaux d'affectation des résultats...) et tous autres documents utiles ou nécessaires.

Pour être valides, les candidatures aux élections du Conseil d'administration devront comporter : nom, prénom, genre, date de naissance, fonction, **pièce d'identité, casier judiciaire et attestation sur l'honneur**.

Pour le vote par correspondance, la convocation des membres de l'Assemblée générale indique les conditions et lieux dans lesquels cette faculté peut être exercée et les conditions dans lesquelles ils peuvent obtenir les formulaires nécessaires et les documents qui y sont annexés.

Lorsqu'une **Assemblée générale** n'a pas pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde Assemblée générale peut être convoquée. Elle est tenue dans un **délai compris entre 6 et 21 jours**.



ARTICLE 14 : Ordre du jour

L'ordre du jour des Assemblées générales est fixé par le président du Conseil d'administration et plus généralement, par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations.

Toutefois, les membres de la Mutuelle peuvent demander, selon les modalités prévues par la législation en vigueur, l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution à condition qu'ils entrent dans l'objet de la Mutuelle. Leur demande exprimée par le quart au moins des membres de la Mutuelle est adressée, sous forme de lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception, au Président du Conseil d'administration quinze jours au moins avant la date de réunion de l'Assemblée générale.

Ces projets de résolution sont inscrits à l'ordre du jour et soumis au vote de l'Assemblée.

La révocation des administrateurs peut être décidée, à tout moment, par l'Assemblée générale, sans avoir à être inscrite à l'ordre du jour.

Il est tenu une feuille de présence et établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée générale.

ARTICLE 15 : Quorum : majorité simple

Sous réserve des stipulations de l'article 16 ci-après, pour délibérer valablement, l'Assemblée générale doit être composée du quart au moins de l'ensemble des membres participants.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde convocation de l'Assemblée générale est tenue dans un délai maximum de 21 jours. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de membres participants, ou ayant voté par correspondance ou électroniquement.

Lorsque le quorum n'a pas été atteint, la convocation à la seconde Assemblée générale rappelle la date de la première Assemblée.

Les délibérations sont prises à la majorité des suffrages exprimés.

ARTICLE 16 : Quorum : majorité renforcée

Lorsqu'elle se prononce sur les modifications des Statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, les prestations offertes, la délégation de pouvoir prévue à l'article L.114-11 du Code de la mutualité, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une nouvelle mutuelle, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre des adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance ou par voie électronique est au moins égal à la moitié du total des membres.

ARTICLE 15 : Ordre du jour

L'ordre du jour des Assemblées générales est fixé par le président du Conseil d'administration et plus généralement, par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations.

Toutefois, les membres de la Mutuelle peuvent demander, selon les modalités prévues par la législation en vigueur, l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution à condition qu'ils entrent dans l'objet de la Mutuelle et qu'ils soient de la compétence de l'Assemblée générale. Leur demande exprimée par le quart au moins des membres de la Mutuelle est adressée, sous forme de lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception, au Président du Conseil d'administration quinze jours au moins avant la date de réunion de l'Assemblée générale.

Ces projets de résolution sont inscrits à l'ordre du jour et soumis au vote de l'Assemblée.

La révocation des administrateurs peut être décidée, à tout moment, par l'Assemblée générale, sans avoir à être inscrite à l'ordre du jour.

Il est tenu une feuille de présence et établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée générale.

ARTICLE 16 : Quorum et majorité simple

Sous réserve des stipulations de l'article 17 ci-après, pour délibérer valablement, l'Assemblée générale doit être composée du quart au moins de l'ensemble des membres participants. L'Assemblée générale ne peut pas se tenir par les moyens de visioconférence ou de télécommunication visés à l'article L114-13 du Code de la mutualité. De même, les membres ne peuvent pas recourir au vote électronique lors de l'Assemblée générale visé au même article.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde convocation de l'Assemblée générale est tenue dans un délai entre 6 et 21 jours. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de membres participants, ou ayant voté par correspondance ou électroniquement.

Lorsque le quorum n'a pas été atteint, la convocation à la seconde Assemblée générale rappelle la date de la première Assemblée.

Les délibérations sont prises à la majorité des suffrages exprimés.

ARTICLE 17 : Quorum et majorité renforcée

Lorsqu'elle se prononce sur les modifications des Statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, les prestations offertes, la délégation de pouvoir prévue à l'article L.114-11 du Code de la mutualité, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une nouvelle mutuelle, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre des adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance est au moins égal à la moitié du total des membres.



Si cette condition n'est pas remplie, une seconde Assemblée générale peut être convoquée six jours au moins à l'avance et délibérera valablement si le nombre des adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance ou électroniquement est au moins égal au quart du total des adhérents.

Les délibérations sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Les cotisations et prestations répondent aux règles générales définies par la Mutuelle.

Section II : Réunions de l'Assemblée générale

ARTICLE 17 : Compétence de l'Assemblée

L'Assemblée générale statue sur les questions qui lui sont soumises par le président du Conseil d'administration. Elle délibère sur les rapports qui lui sont présentés par celui-ci, ainsi que par le Commissaire aux comptes.

Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Elle élit et révoque les membres du Conseil d'administration.

Elle désigne le Commissaire aux comptes et son suppléant.

Elle statue en particulier sur :

- les modifications des statuts,
- les activités exercées,
- l'existence et le montant des droits d'adhésion,
- les orientations du Règlement mutualiste défini par l'article 114.1, 5ème alinéa du Code de la mutualité,
- l'adhésion à une union, à une union de groupe mutualiste, à une fédération ou le retrait d'une union, d'une union de groupe mutualiste ou d'une fédération,
- la conclusion d'une convention de substitution,
- la fusion avec une mutuelle,
- la scission, la dissolution de la Mutuelle et la dévolution de l'actif net en cas de dissolution,
- la création d'une mutuelle dédiée, d'une union ou d'une union de groupe mutualiste,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la mutualité,
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- le cas échéant, les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions mentionnées à l'article L.114-32 du Code de la mutualité,

Si cette condition n'est pas remplie, une seconde Assemblée générale peut être convoquée six jours au moins à l'avance et délibérera valablement si le nombre des adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance ou électroniquement est au moins égal au quart du total des adhérents.

Les délibérations sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

ARTICLE 18 : Compétence de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale statue sur les questions qui lui sont soumises par le Président du Conseil d'administration. Elle délibère sur les rapports qui lui sont présentés par celui-ci, ainsi que par le Commissaire aux comptes.

Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Elle élit et révoque les membres du Conseil d'administration.

Elle désigne le Commissaire aux comptes et son suppléant.

Elle statue sur les sujets qui lui sont dévolus par le Code de la mutualité et notamment :

- les modifications des Statuts,
- les activités exercées,
- l'existence et le montant des droits d'adhésion,
- l'adhésion à une union, à une union de groupe mutualiste, à une fédération ou le retrait d'une union, d'une union de groupe mutualiste ou d'une fédération,
- la conclusion d'une convention de substitution,
- la fusion avec une mutuelle,
- la scission, la dissolution de la Mutuelle et la dévolution de l'actif net en cas de dissolution,
- la création d'une mutuelle dédiée, d'une union ou d'une union de groupe mutualiste,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L114-44 et L114-45 du Code de la mutualité,
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- le cas échéant, les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions mentionnées, à l'article L114-34 du Code de la mutualité,



- le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés au profit des mutuelles ou unions en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité, auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2 du Code de la mutualité,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations mentionnées au II de l'article L.212-2
- les apports et les transferts financiers au profit d'autres mutuelles ou unions, en particulier celles créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

ARTICLE 18 : Application des décisions prises par 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 et des taux de cotisations ainsi que des prestations et, plus généralement, les modifications des statuts, du Règlement mutualiste sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres dans les conditions prévues par le Règlement mutualiste.

ARTICLE 19 : Règles générales des opérations

L'Assemblée fixe les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles et collectives mentionnées aux II et III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité. Elles sont fixées dans l'optique de garantir la pérennité de la Mutuelle et la solidarité entre les différents membres.

ARTICLE 20 : Eligibilité

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration dont les membres sont élus parmi les membres participants et les représentants des membres honoraires.

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres participants doivent, à la date de l'Assemblée générale :

- être à jour de leurs cotisations,
- être âgés de 18 ans révolus et de moins de 70 ans,
- être membre participant depuis au moins trois années,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- ne pas relever des incapacités énumérées à l'article L.114-21 du Code de la mutualité.

- les apports et les transferts financiers au profit d'autres mutuelles ou unions, en particulier celles créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité et le rapport du Conseil d'administration y afférent, auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives et individuelles mentionnées au III de l'article L.221-2 du Code de la mutualité,

ARTICLE 19 : Application des décisions prises par 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.

ARTICLE 20 : Eligibilité des administrateurs

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration dont les membres sont élus parmi les membres participants et les représentants des membres honoraires.

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres participants doivent, à la date de l'Assemblée générale :

- être à jour de leurs cotisations,
- être âgés de 18 ans révolus et de moins de 70 ans,
- être membre participant depuis au moins trois mois,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- ne pas relever des incapacités énumérées à l'article L.114-21 du Code de la mutualité,
- s'engager à signer une attestation sur l'honneur de leur honorabilité remise par la Mutuelle,
- remettre un extrait du casier judiciaire n°3.



CHAPITRE 2 : Conseil d'administration

Section I : Composition, Elections

ARTICLE 21 : Nombre d'administrateurs

Le nombre d'administrateurs, fixé par délibération de l'Assemblée générale, est au maximum de 21 en 2019, 18 à partir de 2021.

Il ne peut pas être inférieur à 10 membres.

Les membres du Conseil d'administration sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée générale, pour six ans, au scrutin majoritaire, à la majorité absolue à la première convocation et à la majorité relative à la seconde.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

ARTICLE 22 : Renouvellement

Le renouvellement partiel du Conseil d'administration a lieu tous les deux ans, par tiers.

ARTICLE 23 : Ordre d'affichage des candidatures

Les candidatures sont présentées par ordre alphabétique.

En cas de renouvellement complet du Conseil, celui-ci procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres sont soumis à réélection.

ARTICLE 24 : Composition

Le **Conseil d'administration** est composé d'administrateurs élus par les membres de l'Assemblée générale dans les conditions fixées par les Statuts, parmi les membres participants et les représentants des membres honoraires.

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

Le nombre des administrateurs âgés de plus de 70 ans ne peut lui-même dépasser le tiers, arrondi au chiffre immédiatement supérieur, des administrateurs en fonction. Lorsque cette proportion est dépassée, l'administrateur le plus âgé est réputé démissionnaire d'office. Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Les **administrateurs** ne peuvent appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations. Toutefois, dans le décompte des mandats ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

Dans le **décompte des mandats** sont pris en compte pour un seul mandat ceux détenus dans des organismes mutualistes faisant partie d'un groupe au sens de l'article L.356-1 du Code des assurances.

Le Conseil d'administration doit être composé d'au moins 40% de chaque genre.

Section I : Composition, Elections

ARTICLE 21 : Nombre d'administrateurs

Le nombre d'administrateurs, fixé par délibération de l'Assemblée générale, **est au maximum de 18.**

Il ne peut pas être inférieur à 10 membres.

Les membres du Conseil d'administration sont élus dans les conditions fixées par les Statuts garantissant le secret du vote par l'Assemblée générale, pour six ans, au scrutin majoritaire, à la majorité absolue à la première convocation et à la majorité relative à la seconde.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

ARTICLE 22 : Renouvellement

Le renouvellement partiel du Conseil d'administration a lieu tous les deux ans, par tiers.

ARTICLE 23 : Composition

Le **Conseil d'administration** est composé d'administrateurs élus par les membres de l'Assemblée générale **ou cooptés par le Conseil d'administration** dans les conditions fixées par les Statuts, parmi les membres participants et les représentants des membres honoraires.

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

Pour exercer ses fonctions, un administrateur doit être âgé de moins de 70 ans.

Les **administrateurs** ne peuvent appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations. Toutefois, dans le décompte des mandats ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

Dans le **décompte des mandats** sont pris en compte pour un seul mandat ceux détenus dans des organismes mutualistes faisant partie d'un groupe au sens de l'article L.356-1 du Code des assurances.



ARTICLE 25 : Exigence de compétence

La Mutuelle propose à ses administrateurs, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Durant l'exercice de leur mandat, les administrateurs bénéficient, à des fins de maintien, de renforcement ou d'acquisition de compétences, d'une formation leur permettant notamment de demander la validation des acquis de leur expérience conformément aux dispositions du livre IV de la sixième partie du Code du travail.

ARTICLE 26 : Honorabilité et Compétence

Les personnes appelées à diriger la Mutuelle, ou à y exercer une des fonctions clés mentionnées à l'article L. 21112 du Code de la mutualité, doivent posséder l'honorabilité, la compétence ainsi que l'expérience nécessaires à leurs fonctions.

ARTICLE 27 : Fin de mandat

Les administrateurs cessent leurs fonctions et sont déclarés démissionnaires d'office par le Conseil d'administration, dans l'une des situations suivantes :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre de la Mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 20,
- à défaut d'avoir présenté leur démission et dans les conditions définies à l'article L.114-23 du Code de la mutualité, lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la Mutuelle est le plus récent,
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité,
- en cas d'absence, non excusée, à trois séances au cours de la même année

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

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

Seront élus les candidats ayant le plus de suffrages, sous réserve du respect du paragraphe ci-dessus.

En application de l'accord constitutif du Comité interentreprises du 30 juin 2003, trois représentants choisis en son sein par ce dernier parmi les membres participants de la Mutuelle, assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'administration.

ARTICLE 24 : Honorabilité, compétence, expérience

Conformément à l'article L114-21 du Code de la mutualité, les administrateurs disposent de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience requise.

La Mutuelle propose à ses administrateurs, dès leur nomination et pendant toute la durée de leur mandat, des formations liées à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

ARTICLE 25 : Fin de mandat

Les administrateurs cessent leurs fonctions et sont déclarés démissionnaires d'office par le Conseil d'administration, dans l'une des situations suivantes :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre de la Mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, de 70 ans,
- à défaut d'avoir présenté leur démission et dans les conditions définies à l'article L114-23 du Code de la mutualité, lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la Mutuelle est le plus récent,
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L114-21 du Code de la mutualité,
- s'ils n'ont pas fourni un extrait du casier judiciaire ni une attestation sur l'honneur dans les 4 premiers mois de l'exercice sans raison valable,
- en cas d'absence, non excusée, à trois séances du Conseil d'administration ou des Comités au cours des 12 derniers mois.



ARTICLE 28 : Cooptation

En cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L. 612-23-1 du Code monétaire et financier, il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le conseil d'administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée générale.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée générale. La non ratification par celle-ci de la nomination faite par le Conseil d'administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'assemblée générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs devient inférieur à 10, du fait d'une ou de plusieurs vacances, le président convoque une Assemblée générale afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs, pour compléter l'effectif du Conseil d'administration.

Section II : Réunions

ARTICLE 29 : Convocation

Le **Conseil d'administration** se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président.

Le **Président du Conseil d'administration** établit l'ordre du jour de la réunion et le joint à la convocation qui doit être adressée aux membres du Conseil d'administration cinq jours au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Les **dirigeants effectifs** participent aux réunions du Conseil d'administration.

La **convocation est obligatoire** lorsqu'elle est demandée par le tiers du Conseil d'administration.

ARTICLE 30 : Comité interentreprises

En application de l'accord constitutif du **Comité interentreprises** du 30 juin 2003, **trois représentants** choisis en son sein par ce dernier parmi les membres participants de la Mutuelle, assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'administration. Sont réputés présents les membres du Comité inter-entreprises qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

ARTICLE 26 : Cooptation

En cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L612-23-1 du Code monétaire et financier, il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le Conseil d'administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée générale, **dans le respect des dispositions de l'article L114-16-1 du Code de la mutualité relatif à l'équilibre hommes/femmes.**

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le Conseil d'administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

Section II : Réunions du Conseil d'administration

ARTICLE 27 : Convocation

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

Le **Président du Conseil d'administration** établit l'ordre du jour de la réunion et le joint à la convocation qui doit être adressée aux membres du Conseil d'administration cinq jours au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Les **dirigeants effectifs** participent aux réunions du Conseil d'administration.

La **convocation** est obligatoire lorsqu'elle est demandée par le tiers du Conseil d'administration.



ARTICLE 31 : Délibérations

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

Les **décisions** sont adoptées à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

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

Section III : Attributions du Conseil d'administration

ARTICLE 32 : Rôle du Conseil d'Administration

Le **Conseil d'administration** dispose pour administrer et gérer la Mutuelle de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée générale ou au président par le Code de la mutualité et les présents Statuts.

Il 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. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

A la **clôture de chaque exercice**, le Conseil d'administration valide l'arrêté des comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de commerce ;
- de la liste des organismes avec lesquels la Mutuelle ou l'union établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L. 212-7 ;
- de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L114-26 du Code de la mutualité ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'Assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versées à chaque administrateur ;
- de l'ensemble des rémunérations versées le cas échéant au dirigeant opérationnel mentionné à l'article L. 211-14 ;
- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la Mutuelle, union ou fédération ;
- Le montant et les modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents.

ARTICLE 28 : Délibérations

Conformément à l'article L114-20 du Code de la mutualité, le **Conseil d'administration** ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses **administrateurs** est présente.

Sont réputés présents les administrateurs, les dirigeants effectifs et les membres du Comité interentreprises qui participent à la réunion soit en présentiel, soit en visio-conférence ou autres moyens de télécommunications permettant leur identification, garantissant leur participation effective et permettant la retransmission des débats et des délibérations.

Les **décisions** sont adoptées à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

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

Section III : Attributions du Conseil d'administration

ARTICLE 29 : Rôle du Conseil d'administration

Le **Conseil d'administration** détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application (article L114-17 du Code de la mutualité).

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. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

A la **clôture de chaque exercice**, le Conseil d'administration valide l'arrêté des comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de commerce ;
- de la liste des organismes avec lesquels la Mutuelle ou l'union établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L212-7 ;
- de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L114-26 du Code de la mutualité ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'Assemblée générale, détaille les sommes et avantages, de toute nature, versées à chaque administrateur ;
- de l'ensemble des rémunérations versées le cas échéant au dirigeant opérationnel mentionné à l'article L211-14 ;
- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la Mutuelle, union ou fédération ;
- Le montant et les modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents.



Le **Conseil d'administration** établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L. 212-7, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée générale.

Le **Conseil d'administration** adopte le Règlement mutualiste mentionné au II de l'article L. 221-2, 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 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.

Il est compétent pour adopter et modifier le règlement mutualiste des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.2212 du Code de la Mutualité, dans le respect des orientations générales fixées par l'Assemblée générale ; fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations individuelles, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Le Conseil d'administration rend compte des décisions qu'il prend en la matière, devant l'Assemblée générale qui en prend acte, par le vote d'une résolution.

Il autorise les conventions réglementées dans les conditions prévues par les articles L 114-32 et L 114-33 du Code de la mutualité.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

ARTICLE 33 : Délégation du Conseil d'Administration

Le Conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

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

ARTICLE 34 : Nomination du Dirigeant opérationnel

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

Le **Dirigeant opérationnel** doit satisfaire aux conditions prévues à l'article L 114-21 du Code de la mutualité.

Le **Conseil d'administration** fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires pour la direction effective de la Mutuelle.

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

Le **Conseil d'administration** établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L212-7 du Code de la mutualité, ainsi qu'un rapport sur la gestion qu'il communique à l'Assemblée générale.

Le Conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations **collectives et individuelles** mentionnées à l'article L221-2 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 approuve la Notice et le Règlement mutualiste qui en découle.**

Il autorise les conventions réglementées dans les conditions prévues par les articles L114-32 et L114-33 du Code de la mutualité.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

ARTICLE 30 : Délégation du Conseil d'administration

Le **Conseil d'administration** peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion dont les membres sont choisis parmi les administrateurs. **Cette délégation est valable pour une durée déterminée et au maximum jusqu'au renouvellement du tiers des administrateurs.**

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

ARTICLE 31 : Nomination du Dirigeant opérationnel

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

Le **Dirigeant opérationnel** doit satisfaire aux conditions prévues à l'article L114-21 du Code de la mutualité.

Le **Conseil d'administration** fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires pour la direction effective de la Mutuelle.

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. Il assiste à toutes les réunions du Conseil d'administration.

Le **Dirigeant opérationnel** exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation mentionnée à l'alinéa 3 du présent article et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux Assemblées générales, au Conseil d'administration et au Président.

En cas de vacance définitive du dirigeant opérationnel, quelle qu'en soit la cause, un nouveau dirigeant opérationnel est nommé par le Conseil d'administration dans les meilleurs délais.

Section IV : Obligations des administrateurs

ARTICLE 35 : Défraiement

Les **administrateurs** auxquels des attributions permanentes ont été confiées peuvent se voir allouer des indemnités par délibération de l'Assemblée générale, dans les conditions prévues par les articles L 114-26, ainsi que R 114-4 et suivants du Code de la mutualité.

La **Mutuelle** rembourse aux administrateurs leurs frais de déplacement, voire de séjour et de garde d'enfants, si nécessaire, selon les modalités définies dans une note validée par le Conseil d'administration.

ARTICLE 36 : Respect de la réglementation et des Statuts

Les **administrateurs** veillent à accomplir leur mission dans le respect de la réglementation et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et à la confidentialité des informations données comme telles par le Président ou les dirigeants. Il en est de même pour toute personne appelée à participer aux réunions du Conseil d'administration.

Les **administrateurs** sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives qui viendraient à être prononcées contre eux pour des faits visés à l'article L 1145-21 du Code de la mutualité.

ARTICLE 37 : Gratuité de la fonction d'administrateur

Il est interdit aux **administrateurs** de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle et de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou tout avantage autre que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la mutualité.

Il est interdit aux **administrateurs** ainsi qu'à leurs conjoints, descendants, ascendants et toute personne interposée, de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

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.

dispositions de l'article L114-17 du Code de la mutualité. Il assiste à toutes les réunions du Conseil d'administration.

Le **Dirigeant opérationnel** exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation mentionnée à l'alinéa 3 du présent article et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux Assemblées générales, au Conseil d'administration et au Président.

En cas de vacance définitive du dirigeant opérationnel, quelle qu'en soit la cause, un nouveau dirigeant opérationnel est nommé par le Conseil d'administration dans les meilleurs délais.

Section IV : Obligations des administrateurs

ARTICLE 32 : Défraiement

Les **administrateurs** auxquels des attributions permanentes ont été confiées peuvent se voir allouer des indemnités par délibération de l'Assemblée générale, dans les conditions prévues par les articles L114-26, ainsi que R114-4 et suivants du Code de la mutualité.

La **Mutuelle** rembourse aux administrateurs leurs frais de déplacement, voire de séjour et de garde d'enfants, si nécessaire, selon les modalités définies dans une note validée par le Conseil d'administration.

ARTICLE 33 : Respect de la réglementation et des Statuts

Les **administrateurs** veillent à accomplir leur mission dans le respect de la réglementation et des présents Statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et à la confidentialité des informations données comme telles par le Président ou les dirigeants. Il en est de même pour toute personne appelée à participer aux réunions du Conseil d'administration.

Les **administrateurs** sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives qui viendraient à être prononcées contre eux pour des faits visés à l'article L114-16 du Code de la mutualité.

ARTICLE 34 : Gratuité de la fonction d'administrateur

Il est interdit aux **administrateurs** de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle et de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou tout avantage autre que ceux prévus à l'article L114-26 du Code de la mutualité.

Il est interdit aux **administrateurs** ainsi qu'à leurs conjoints, descendants, ascendants et toute personne interposée, de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la Mutuelle. Il est également interdit de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

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



ARTICLE 38 : Conventions réglementées

Toute **convention** intervenante entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'administration. La décision du Conseil d'administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

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

Si le **Conseil d'administration de la Mutuelle** est composé, pour plus du tiers de ses membres, d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés issus d'une seule personne morale de droit privé ne relevant pas des dispositions du présent Code, les conventions intervenant entre cette personne morale et un administrateur ou un dirigeant opérationnel de la Mutuelle sont soumises aux dispositions du premier alinéa (L114- 32 CM).

Les **dispositions sur les conventions réglementées** ne sont pas applicables aux conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, définies par décret en **Conseil d'Etat**.

Toutefois, les **administrateurs** peuvent, s'ils y ont été autorisés par délibération spéciale de l'Assemblée générale, prendre ou conserver un intérêt direct ou indirect dans l'entreprise au sein de laquelle la Mutuelle est constituée.

Toutefois, ces **conventions** sont communiquées par l'intéressé au Président du Conseil d'administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le président aux membres du Conseil d'administration et aux Commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés par l'Assemblée générale (L11433 CM).

L'**administrateur ou le dirigeant opérationnel** intéressé est tenu d'informer le conseil d'administration de la Mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention réglementée. Lorsqu'il s'agit d'un administrateur, ce dernier ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

Le **Président du Conseil d'administration** donne avis aux Commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Les **Commissaires aux comptes** présentent, sur ces conventions, un rapport spécial à l'Assemblée générale sur lequel celle-ci statue. Le ou les intéressés ne prennent pas part au vote.

ARTICLE 35 : Conventions réglementées

Toute **convention intervenante** entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'administration. La décision du Conseil d'administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

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

Si le **Conseil d'administration de la Mutuelle** est composé, pour plus du tiers de ses membres, d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés issus d'une seule personne morale de droit privé ne relevant pas des dispositions du présent Code, les conventions entre cette personne morale et un administrateur ou un dirigeant opérationnel de la Mutuelle sont soumises aux dispositions du premier alinéa (L114-32 du Code de la mutualité).

Les **dispositions sur les conventions réglementées** ne sont pas applicables aux conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, définies par décret en Conseil d'Etat.

Toutefois, ces **conventions** sont communiquées par l'intéressé au Président du Conseil d'administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'administration et aux Commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés par l'Assemblée générale **en application de l'article L114-33 du Code de la mutualité**.

L'**administrateur ou le dirigeant opérationnel** intéressé est tenu d'informer le Conseil d'administration de la Mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention réglementée. Lorsqu'il s'agit d'un administrateur, ce dernier ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

Le **Président du Conseil d'administration** donne avis aux Commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Les **Commissaires aux comptes** présentent, sur ces conventions, un rapport spécial à l'Assemblée générale sur lequel celle-ci statue. Le ou les intéressés ne prennent pas part au vote.



CHAPITRE 3 : Président, Dirigeants effectifs, Fonctions clés

ARTICLE 39 : Président / Présidente

Le **Président** est élu par le **Conseil d'administration**. Il peut à tout moment être révoqué par celui-ci.

Il est élu par scrutin uninominal à deux tours à bulletin secret et pour deux ans, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement partiel des administrateurs. Le Président / la Présidente est élu(e) dès le premier tour s'il (si elle) obtient plus de 50% des suffrages exprimés (abstentions exclues).

Le **Président** ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur dont au plus deux mandats de président d'un conseil d'administration d'une fédération, d'une union ou d'une mutuelle. Les mandats détenus dans les mutuelles et unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité ne sont pas pris en compte dans le décompte des mandats de président. Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec ces dispositions doit, dans les trois mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. A l'expiration de ce délai, elle est réputée s'être démise de son mandat le plus récent, sans que soient, de ce fait, remises en cause les délibérations auxquelles elle a pris part.

ARTICLE 40 : Direction effective : Président / Présidente, Directeur/Directrice opérationnel(le)

Les dirigeants effectifs de la Mutuelle sont le Président et le Dirigeant opérationnel.

Le Conseil d'administration de la Mutuelle peut admettre la nomination de dirigeants effectifs supplémentaires, dans les conditions prévues par l'article R211-15 du Code de la mutualité.

Ils doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de la Mutuelle.

Le Conseil d'administration peut leur retirer cette fonction.

Pour sa part, le Président :

- définit l'ordre du jour des réunions de l'Assemblée générale et du Conseil d'administration,
- convoque l'Assemblée générale de la Mutuelle et le Conseil d'administration. Il préside les réunions du Conseil d'administration et des Assemblées générales,
- donne son avis sur les conventions définies à l'article L.114-32 du Code de la mutualité,
- informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre 1^{er} du livre VI du Code monétaire et financier,
- engage les recettes et les dépenses,
- représente la Mutuelle en justice, tant en demande qu'en défense, et dans tous les actes de la vie civile,

ARTICLE 36 : Président/Présidente

Le Conseil d'administration élit parmi ses membres un **Président** qui est élu en qualité de personne physique.

Il est élu par scrutin uninominal à deux tours et pour deux ans, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement partiel des administrateurs. Le Président / la Présidente est élu(e) dès le premier tour s'il (si elle) obtient plus de 50% des suffrages exprimés (abstentions exclues).

Le Président ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur dont au plus deux mandats de président d'un conseil d'administration d'une fédération, d'une union ou d'une mutuelle. Les mandats détenus dans les mutuelles et unions créées en application des articles L111-3 et L111-4 du Code de la mutualité ne sont pas pris en compte dans le décompte des mandats de président. Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec ces dispositions doit, dans les trois mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. A l'expiration de ce délai, elle est réputée s'être démise de son mandat le plus récent, sans que soient, de ce fait, remises en cause les délibérations auxquelles elle a pris part.

ARTICLE 37 : Direction effective : Président/Présidente, Directeur/Directrice opérationnel(le)

Les **dirigeants effectifs** de la Mutuelle sont le Président et le Dirigeant opérationnel. Les dirigeants effectifs répondent à l'article 24 des Statuts

Le Conseil d'administration de la Mutuelle peut admettre la nomination de dirigeants effectifs supplémentaires, dans les conditions prévues par l'article R211-15 du Code de la mutualité.

Ils doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de la Mutuelle.

Le Conseil d'administration peut leur retirer cette fonction.

Pour sa part, le Président :

- définit l'ordre du jour des réunions de l'Assemblée générale et du Conseil d'administration,
- convoque l'Assemblée générale de la Mutuelle et le Conseil d'administration. Il préside les réunions du Conseil d'administration et des Assemblées générales,
- donne avis **aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées** définies à l'article L114-32 du Code de la mutualité,
- informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre 1^{er} du livre VI du Code monétaire et financier,
- engage les recettes et les dépenses,
- représente la Mutuelle en justice, tant en demande qu'en défense, et dans tous les actes de la vie civile,



- veille à la régularité du fonctionnement de la Mutuelle conformément au Code de la mutualité et aux Statuts et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au dirigeant opérationnel de la Mutuelle et/ou à son adjoint ou à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

En cas de décès, de démission du président ou de perte de sa qualité d'adhérent de la Mutuelle ou de cessation du mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, les fonctions de président sont assurées par le vice-président qui convoque le Conseil d'administration dans les meilleurs délais afin qu'il soit procédé à l'élection d'un président par intérim, lequel achèvera le mandat de son prédécesseur.

Le Conseil d'administration confère immédiatement au président par intérim l'ensemble des prérogatives et des délégations de pouvoirs dont était investi le Président.

Le **Président** ne peut en aucun cas déléguer les attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

Le **Dirigeant opérationnel** propose au Conseil d'administration la désignation des responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du Code de la mutualité lesquels sont placés sous son autorité.

Il soumet également à l'approbation du Conseil d'administration, les procédures définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent informer directement et de leur propre initiative le Conseil d'administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le **Dirigeant opérationnel et le Président du Conseil d'administration** dirigent effectivement la Mutuelle au sens de l'article L. 211-13 du Code de la mutualité.

Le **Dirigeant opérationnel** peut se voir déléguer par le Président ou par un administrateur, dans la limite de leurs attributions respectives, les pouvoirs de passer en leur nom certains actes ou de prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le Conseil d'administration, par décision expresse, déterminées quant à leur objet et reportées dans un registre coté.

ARTICLE 41 : Fonctions Clés

Les personnes appelées à **diriger la Mutuelle**, ou à y exercer une des fonctions clés mentionnées à l'article L. 211-12 du Code de la mutualité, doivent posséder l'honorabilité, la compétence ainsi que l'expérience nécessaires à leurs fonctions.

Les responsables de fonctions clés sont désignés par le Conseil d'administration et notifiés à l'ACPR dans un délai de 15 jours suivant leur nomination.

En respect de **la directive Solvabilité II**, le «système de gouvernance» a pour objectif de garantir une gestion saine, prudente et efficace de l'activité. Pour atteindre cet objectif, **la Mutuelle doit être dirigée effectivement par au moins deux dirigeants, le Président/ la présidente et**

- veille à la régularité du fonctionnement de la Mutuelle conformément au Code de la mutualité et aux Statuts et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au dirigeant opérationnel de la Mutuelle et/ou à son adjoint ou à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

En cas de décès, de démission du Président ou de perte de sa qualité d'adhérent de la Mutuelle ou de cessation du mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, les fonctions de Président sont assurées par le Vice-président qui convoque le Conseil d'administration dans les meilleurs délais afin qu'il soit procédé à l'élection d'un président par intérim, lequel achèvera le mandat de son prédécesseur.

Le Conseil d'administration confère immédiatement au Président par intérim l'ensemble des prérogatives et des délégations de pouvoirs dont était investi le Président.

Le **Président** ne peut en aucun cas déléguer les attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

Le **Dirigeant opérationnel** propose au Conseil d'administration la désignation des responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du Code de la mutualité lesquels sont placés sous son autorité.

Il soumet également à l'approbation du Conseil d'administration, les procédures définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent informer directement et de leur propre initiative le Conseil d'administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le **Dirigeant opérationnel et le Président du Conseil d'administration** dirigent effectivement la Mutuelle au sens de l'article L.211-13 du Code de la mutualité.

Le **Dirigeant opérationnel** peut se voir déléguer par le Président ou par un administrateur, dans la limite de leurs attributions respectives, les pouvoirs de passer en leur nom certains actes ou de prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le Conseil d'administration, par décision expresse, déterminées quant à leur objet et reportées dans un registre coté.

ARTICLE 38 : Fonctions Clés

Les personnes appelées à **diriger la Mutuelle, ou à y exercer une des fonctions clés** mentionnées à l'article L.211-12 du Code de la mutualité, doivent posséder l'honorabilité, la compétence ainsi que l'expérience nécessaires à leurs fonctions.

Les responsables de fonctions clés sont désignés par le Conseil d'administration et notifiés à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans un délai de 15 jours suivant leur nomination.

Conformément à la Directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 dite **Solvabilité II**, le « système de gouvernance » a pour objectif de garantir une gestion saine, prudente et efficace



le directeur/la directrice opérationnel(le). Les dirigeants effectifs mettent donc en œuvre la stratégie définie par le conseil d'administration, et les fonctions clés pour participer au pilotage et à la surveillance de l'activité, sur leurs champs spécifiques.

La fonction de vérification de la conformité a pour mission principale de veiller au respect de la réglementation. Elle élabore une politique de conformité et un plan de conformité. Elle joue également un rôle de conseil auprès des organes dirigeants quant au risque de conformité résultant d'éventuels changements de l'environnement juridique en s'assurant que les implications qui en découlent pour la Mutuelle sont identifiées.

La fonction de gestion des risques vise à déceler, mesurer, contrôler, gérer et déclarer en permanence les risques auxquels est soumise la Mutuelle. Le système de gestion des risques significatifs pour l'organisme tels les risques liés à la souscription, au provisionnement, à la gestion actif-passif, les risques liés aux placements, le risque opérationnel ainsi que la réassurance.

La fonction actuarielle doit permettre d'analyser la cohérence les forces et les faiblesses du pilotage technique de l'organisme dans toutes ses dimensions (tarification, souscription, provisionnement, réassurance). Ces analyses sont communiquées au moins annuellement au Conseil d'administration sous la forme d'un ou plusieurs rapports actuariels.

La fonction audit interne a pour mission d'évaluer l'adéquation et l'efficacité de l'ensemble du système de contrôle interne. Il communique au Conseil d'administration son plan d'audit et lui soumet une fois par an un rapport écrit avec ses constatations, ses recommandations et l'état d'avancement des plans d'action visant à répondre à celles-ci.

de l'activité. Pour atteindre cet objectif, la Mutuelle doit être dirigée effectivement par au moins deux dirigeants, le Président/la Présidente et le Directeur/la Directrice opérationnel(le). Les dirigeants effectifs mettent en œuvre la stratégie définie par le conseil d'administration, et les fonctions clés participent au pilotage et à la surveillance de l'activité, sur leurs champs **respectifs**.

La fonction de vérification de la conformité a pour mission principale de veiller au respect de la réglementation. Elle élabore une politique de conformité et un plan de conformité. Elle joue également un rôle de conseil auprès des organes dirigeants quant au risque de conformité résultant d'éventuels changements de l'environnement juridique en s'assurant que les implications qui en découlent pour la Mutuelle sont identifiées.

La fonction de gestion des risques, au travers du système de gestion des risques qu'elle anime, vise à déceler, mesurer, contrôler, gérer et déclarer en permanence les risques auxquels est soumise la Mutuelle. Le système de gestion des risques couvre l'ensemble des risques significatifs pour l'organisme tels que les risques liés à la souscription, au provisionnement, à la gestion actif-passif, les risques liés aux placements, le risque opérationnel ainsi que la réassurance.

La fonction actuarielle doit permettre d'analyser la cohérence les forces et les faiblesses du pilotage technique de l'organisme dans toutes ses dimensions (tarification, souscription, provisionnement, réassurance). Ces analyses sont communiquées au moins annuellement au Conseil d'administration sous la forme d'un rapport actuariel.

La fonction d'audit interne a pour mission d'évaluer l'adéquation et l'efficacité de l'ensemble du système de contrôle interne. Il communique au Conseil d'administration son plan d'audit et lui soumet une fois par an un rapport écrit avec ses constatations, ses recommandations et l'état d'avancement des plans d'action visant à répondre à celles-ci.

CHAPITRE 4 : Bureau

ARTICLE 42 : Bureau

Le **Bureau**, composé au minimum de 6 administrateurs, est élu en son sein par le Conseil d'administration, à bulletins secrets et pour deux ans, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement partiel des administrateurs.

Les **membres du Bureau** peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'administration.

Le **Bureau** fonctionne par délégation du Conseil et sous son contrôle.

Il est composé d'au moins **6 membres** dont : le président, le vice-président, le secrétaire général, le secrétaire général-adjoint, le trésorier et le trésorier-adjoint.

Le **Directeur** assiste aux réunions du Bureau avec voix consultative.

ARTICLE 39 : Bureau

Le **Bureau**, composé de 6 administrateurs, est élu en son sein par le Conseil d'administration, et pour deux ans, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement partiel des administrateurs.

Il est composé du Président, du Vice-président, du Secrétaire général, du Secrétaire général-adjoint, du Trésorier et du Trésorier-adjoint.

Le président du Comité financier, la Directrice et les Directeurs adjoints assistent aux réunions du Bureau.

Le Bureau fonctionne par délégation du Conseil d'administration et sous son contrôle. Il prépare les dossiers qui seront présentés en séance au Conseil d'administration.

Les membres du Bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'administration.



ARTICLE 43 : Rôle du vice-président

Le **vice-président seconde le Président**. En cas d'empêchement, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 44 : Secrétaire général

Le **secrétaire général** est responsable des convocations, de la rédaction des procès-verbaux, de la tenue de la feuille de présence et de la validation des votes. **Le secrétaire général-adjoint seconde le secrétaire général**. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 45 : Trésorier

Le **trésorier** est responsable des opérations financières de la Mutuelle.

Il suit les directives du Conseil d'administration en matière de dépenses.

Il prépare et soumet au Conseil d'administration un rapport synthétique sur la situation financière de la Mutuelle, à l'exception de la situation des placements.

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

En cas d'empêchement, le **Vice-président** supplée le président avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Le **Secrétaire général** est responsable des convocations, de la rédaction des procès-verbaux, de la tenue de la feuille de présence et de la validation des votes du Conseil d'administration. **Le Secrétaire général-adjoint** seconde le Secrétaire général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

En coordination avec la Direction de la Mutuelle, **le Trésorier s'assure** :

- de la bonne tenue de la comptabilité de la Mutuelle,
- de la mise en application des directives du Conseil d'administration en matière de dépenses,
- de l'établissement des comptes annuels dans le respect des règles comptables et fiscales.

Le Trésorier présente au Conseil d'administration une situation comptable de la Mutuelle.

Pour se faire, le Trésorier reçoit de la Direction de la Mutuelle tous documents utiles à l'accomplissement de sa mission. Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle, déléguer à la Direction de la Mutuelle l'exécution de certaines tâches qui lui incombent pour des objets nettement déterminés.

Dans les mêmes conditions, le **Trésorier-adjoint** seconde le Trésorier. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

CHAPITRE 5 : Organisation Financière

Section I : Fonds d'établissement

ARTICLE 46 : Fonds d'établissement

Le **fonds d'établissement** est fixé à la somme de 229.000 euros.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions prévues par l'article 17 des Statuts, sur proposition du Conseil d'administration.

Section II : Ressources et Dépenses

ARTICLE 47 : Ressources de la Mutuelle

Les ressources de la Mutuelle comprennent :

- les cotisations des membres participants selon les modalités prévues par le Règlement mutualiste,
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle (compris dons et legs),
- plus généralement toutes autres recettes nécessaires au bon fonctionnement et à la réalisation de l'objet social de la Mutuelle.

Section I : Fonds d'établissement

ARTICLE 40 : Fonds d'établissement

Le **fonds d'établissement** est fixé à la somme de 229.000 euros.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions prévues par l'article 19 des Statuts, sur proposition du Conseil d'administration.

Section II : Ressources et Dépenses

ARTICLE 41 : Ressources de la Mutuelle

Les ressources de la Mutuelle comprennent :

- les cotisations des membres participants selon les modalités prévues par la Notice et le Règlement mutualiste,
- les produits financiers,
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle (y compris dons et legs), plus généralement toutes autres recettes nécessaires au bon fonctionnement et à la réalisation de l'objet social de la Mutuelle.



ARTICLE 48 : Dépenses

Les dépenses de la Mutuelle comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants pour leur compte et celui de leurs ayants droit,
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
- les versements effectués aux unions et aux fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds, non mis en œuvre,
- le cas échéant, les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L 111-6 du Code de la mutualité,
- la redevance affectée aux ressources de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour l'exercice de ses missions,
- plus généralement, toutes autres dépenses nécessaires au bon fonctionnement et à la réalisation de l'objet social de la Mutuelle.

Section III : Modes de placement et de retrait des fonds, Règles de sécurité financière

ARTICLE 49 : Sécurité Financière

Les placements et retraits de fonds sont réalisés dans les conditions fixées par la législation en vigueur.

Les provisions techniques et les marges de solvabilité sont constituées conformément à la législation en vigueur.

ARTICLE 50 : Système Fédéral de Garantie

La Mutuelle adhère à un système de garantie géré à ce jour par la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française).

Section IV : Comité d'audit et des risques, Comité financier, Commissaires aux comptes

ARTICLE 51 : Comité d'audit et des risques

Un Comité d'audit et des risques est élu, en son sein par le Conseil d'administration.

Il est composé de 3 à 6 administrateurs présentant des compétences en matière financière et/ou comptable avec possibilité d'extension à un ou plusieurs membres adhérents compétents.

Il est chargé d'assurer le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières. Dans ce cadre, il a pour mission d'assurer le suivi :

- du processus d'élaboration de l'information financière,
- de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques,
- du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes consolidés par les Commissaires aux comptes,
- de l'indépendance des Commissaires aux comptes,
- des vérifications comptables par sondage,

ARTICLE 42 : Dépenses

Les dépenses de la Mutuelle comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants pour leur compte et celui de leurs ayants droit,
- les dépenses nécessaires au bon fonctionnement et à la réalisation de l'objet social de la Mutuelle,
- les versements effectués aux unions et aux fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds, non mis en œuvre,
- la redevance affectée aux ressources de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour l'exercice de ses missions.

Section III : Modes de placement et de retrait des fonds, Règles de sécurité financière

ARTICLE 43 : Sécurité Financière

Les placements et retraits des fonds sont réalisés dans les conditions fixées par la législation en vigueur.

Les provisions techniques et les marges de solvabilité sont constituées conformément à la législation en vigueur.

ARTICLE 44 : Fonds de Garantie

La Mutuelle adhère à un système de garantie géré à ce jour par la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française).

Section IV : Comité d'audit et des risques, Comité financier, Commissaires aux comptes

ARTICLE 45 : Comité d'audit et des risques

Un Comité d'audit et des risques est élu, en son sein par le Conseil d'administration pour deux ans, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement partiel des administrateurs.

Il est composé de 3 à 6 administrateurs présentant des compétences en matière financière et/ou comptable avec possibilité d'extension à un ou plusieurs membres adhérents compétents.

Il est chargé d'assurer le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières. Dans ce cadre, il a pour mission d'assurer le suivi :

- du processus d'élaboration de l'information financière,
- de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques,
- du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes consolidés par les Commissaires aux comptes,
- de l'indépendance des Commissaires aux comptes,



- du contrôle la tenue de la comptabilité.

Il se réunit au minimum deux fois par an :

- au moment de l'arrêté comptable,
- à un autre moment, pour le contrôle interne et la gestion des risques.

Il rend compte de ses travaux au Conseil d'administration.

Les membres sont ratifiés par le Conseil d'administration, chaque année.

ARTICLE 52 : Comité Financier

Un **Comité financier** est désigné, en son sein, par le Conseil d'administration.

Il est composé du Président de la Mutuelle, du trésorier et/ou du trésorier-adjoint, du secrétaire général et/ou du secrétaire général-adjoint, de deux administrateurs désignés ainsi que du directeur opérationnel de la Mutuelle et/ou du directeur opérationnel adjoint.

Il a pour **mission**, en veillant au strict respect des politiques définies et mises en place au sein de la Mutuelle et en respectant le principe de la personne prudente à :

- l'analyse de façon prospective de la gestion financière,
- la détermination des horizons d'investissements, des supports à privilégier, des classes de risques,
- la décision d'arbitrage de certaines lignes,
- la relation avec les gestionnaires de fonds,
- la supervision des reportings,
- la réflexion de façon préventive (identification et mesure) sur les risques encourus par la Mutuelle, à la fois sous l'angle des flux quotidiens de trésorerie et sous celui des risques sur placements.

Il se réunit au minimum deux fois par an et établit un compte rendu de ses travaux en réunion.

Le **Comité Financier**, par l'intermédiaire de son président, présente la gestion et les états financiers, il rend compte de ses travaux au Bureau.

Il soumet ses propositions au Conseil d'administration pour approbation.

Les membres sont élus par le Conseil d'administration, la durée de leur fonction au sein de ce Comité coïncide avec celle de leur mandat d'administrateur.

ARTICLE 53 : Commissaire aux comptes

L'**Assemblée générale** de la Mutuelle nomme, pour six exercices, un Commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du Code de commerce. Le mandat du Commissaire aux comptes prend fin après la réunion de l'Assemblée générale qui statue sur les comptes du sixième exercice suivant sa désignation.

- du contrôle de la tenue de la comptabilité.

Il se réunit au minimum deux fois par an :

- au moment de l'arrêté comptable,
- à un autre moment, pour le contrôle interne et la gestion des risques.

il rend compte de ses travaux au Conseil d'administration.

ARTICLE 46 : Comité financier

Un **Comité financier** est élu, en son sein, par le Conseil d'administration pour deux ans, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement partiel des administrateurs.

Il est composé du Président de la Mutuelle, du Trésorier et/ou du Trésorier-adjoint, du Secrétaire général et/ou du Secrétaire général-adjoint, de deux administrateurs désignés présentant des compétences en matière financière ainsi que du Directeur opérationnel de la Mutuelle et/ou du Directeur opérationnel adjoint, la Responsable Comptabilité-Finances.

Il a pour mission, en veillant au strict respect des politiques définies et mises en place au sein de la Mutuelle et en respectant le principe de la personne prudente à :

- l'analyse de façon prospective de la gestion financière,
- la détermination des horizons d'investissements, des supports à privilégier, des classes de risques,
- la proposition d'investissement ou d'arbitrage de certaines lignes,
- la relation avec les gestionnaires de fonds,
- la supervision des reportings,
- la réflexion de façon préventive (identification et mesure) sur les risques encourus par la Mutuelle, à la fois sous l'angle des flux quotidiens de trésorerie et sous celui des risques sur placements.

Le portefeuille financier est passé en revue en Bureau et le Comité se réunit chaque fois que nécessaire, au minimum 2 fois par an, pour proposer le cas échéant des modifications d'orientations et/ou des arbitrages.

Le Comité financier, par l'intermédiaire de son Président, présente la gestion et les états financiers, il rend compte de ses travaux au Bureau.

Il soumet ses propositions au Conseil d'administration pour approbation.

ARTICLE 47 : Commissaire aux comptes

L'**Assemblée générale** de la Mutuelle nomme, pour six exercices, un Commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L822-1 du Code de commerce. Le mandat du Commissaire aux comptes prend fin après la réunion de l'Assemblée générale qui statue sur les comptes du sixième exercice suivant sa désignation.



Le Commissaire aux comptes est convoqué aux Assemblées générales par le Président de la Mutuelle.

Il exerce les missions et effectue les contrôles et vérifications qui lui sont dévolus par la loi, en particulier par les articles L.114-38 à L.114-40 du Code de la mutualité.

La **Mutuelle** informe l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution de la nomination et du renouvellement des Commissaires aux comptes ainsi que du changement de signataire ou de l'ajout d'un cosignataire.

Il signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission. Il joint à ce 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 dédiée ou d'une union relevant du Code de la mutualité.

Il doit rédiger et présenter au Comité d'audit et des risques le rapport complémentaire prévu par la directive européenne du 17 juin 2016.

Le Commissaire aux comptes est convoqué aux Assemblées générales par le Président de la Mutuelle.

Il exerce les missions et effectue les contrôles et vérifications qui lui sont dévolus par la loi, en particulier par les articles L.114-38 à L.114-40 du Code de la mutualité.

La Mutuelle informe l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution de la nomination et du renouvellement des Commissaires aux comptes ainsi que du changement de signataire ou de l'ajout d'un cosignataire.

Il signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission. Il joint à ce rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisée par la Mutuelle au bénéfice d'une mutuelle dédiée ou d'une union relevant du Code de la mutualité.

Il doit rédiger et présenter au Comité d'audit et des risques le rapport complémentaire prévu par la directive européenne du 17 juin 2016.

CHAPITRE 6 : Dissolution - Liquidation

ARTICLE 54 : Dissolution 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 aux articles 24 et 25 des présents Statuts.

L'Assemblée générale désigne un ou plusieurs liquidateurs qui pourront être pris parmi les membres du Conseil d'administration et qui jouiront des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif, sous réserve des pouvoirs dévolus par les Statuts et par la loi à l'Assemblée générale.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs du Conseil d'administration.

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.

L'Assemblée générale approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

Le produit net de la liquidation est dévolu, par délibération de l'Assemblée générale à une ou plusieurs autres mutuelles ou unions, au fonds national de solidarité et d'action mutualistes, ou encore, au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la mutualité.

ARTICLE 48 : Dissolution - 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 **lois et règlements** conditions fixées **au chapitre 1** des présents Statuts.

L'Assemblée générale désigne un ou plusieurs liquidateurs qui pourront être pris parmi les membres du Conseil d'administration et qui jouiront des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif, sous réserve des pouvoirs dévolus par les Statuts et par la loi à l'Assemblée générale.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs du Conseil d'administration.

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.

L'Assemblée générale approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

Le produit net de la liquidation est dévolu, dans les conditions décrites par le Code de la mutualité.

CHAPITRE 7 : Obligations des adhérents envers la Mutuelle Cotisations et Prestations

ARTICLE 55 : Cotisations

La Mutuelle est obligatoire pour les membres participants, salariés de membres honoraires ayant signé une convention pour une opération collective visée à l'article L.221-2 du Code de la mutualité. La Mutuelle ne peut moduler les cotisations qu'en fonction du salaire de ces membres participants. Une cotisation minimale est déterminée. La cotisation maximale est limitée à un pourcentage de deux

ARTICLE 49 : Cotisations

Les adhérents s'engagent au paiement d'une cotisations mensuelle pour eux-mêmes et chacun des ayants droit fixés conformément à la Notice et au Règlement mutualiste.



fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Elle ne peut instaurer de différences dans le niveau des prestations du fait des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés. Elle ne peut pas fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

Les membres participants, à l'exception des adhérents en portabilité, s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle pour eux-mêmes et chacun de leurs ayants droit fixée conformément au Règlement mutualiste. Cette cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle ainsi qu'à ses frais de gestion, impôts et taxes. Elle couvre également les sommes à régler aux organismes et aux unions aux quels la Mutuelle adhère.

Section II : Prestations

ARTICLE 56 : Trop versé

En cas de régularisation de l'Assurance Maladie ayant entraîné un trop versé de prestations par la Mutuelle ou en cas d'erreur constatée, (erreur de bénéficiaire, erreur de prestation, trop versé) dans le traitement d'une prestation ayant également entraîné un versement erroné, la Mutuelle se réserve le droit de prendre les dispositions nécessaires pour obtenir le remboursement des sommes dues, après en avoir avisé préalablement le membre participant par courrier.

CHAPITRE 8 : Obligations de la Mutuelle envers les adhérents

ARTICLE 57 : Prestations

La Mutuelle fournit à ses membres participants les prestations prévues à l'article 2 des Statuts et détaillées dans le Règlement mutualiste ou la Notice.

ARTICLE 58 : Protection des Données Personnelles

Les informations recueillies par la Mutuelle sont exclusivement utilisées dans le cadre de sa gestion, conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion d'un dossier sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant, ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander la communication ou la rectification de toute information le ou la concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs.

Il pourra exercer le droit d'accès et de rectification et d'effacement des informations qui le concernent, d'un droit de limitation au traitement, ainsi que d'un droit de définir des directives relatives au sort de ses données après son décès. Il pourra exercer ses droits en s'adressant à la Mutuelle au Data Protection Officer :

ARTICLE 50 : Prestations

La Mutuelle fournit à ses membres participants les prestations prévues à l'article 2 des Statuts et détaillées dans la Notice ou le Règlement mutualiste.



Par courriel à :
paris_mutuelle_secretariat_general@bnpparibas.com

ou

par courrier à l'adresse suivante :

Mutuelle du Groupe BNP Paribas
Secrétariat Général : Data Protection Officer
CKA01A1
3-5-7 rue du Général Compans
93500 PANTIN

CHAPITRE 8 : Information des adhérents

ARTICLE 59 : Information des membres

Chaque adhérent reçoit un exemplaire des Statuts et du Règlement mutualiste ou de la Notice. Ceux-ci sont disponibles sur le site internet de la Mutuelle. Les modifications sont portées à sa connaissance. Son information est assurée dans les conditions prévues par la législation en vigueur.

Il est informé, en particulier :

- des services d'action sociale gérés par la Mutuelle et de ceux auxquels il peut avoir accès en vertu des conventions passées avec d'autres mutuelles et unions régies par le Code de la mutualité,
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

ARTICLE 51 : Information des membres

Chaque adhérent reçoit les Statuts ainsi que la Notice ou le Règlement mutualiste lors de son adhésion. Les versions actualisées sont disponibles sur le site internet de la Mutuelle. Son information est assurée dans les conditions prévues par la législation en vigueur.

Il est informé, en particulier :

- des services d'action sociale gérés par la Mutuelle et de ceux auxquels il peut avoir accès en vertu des conventions passées avec d'autres mutuelles et unions régies par le Code de la mutualité,
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

CHAPITRE 9 : Médiation

ARTICLE 60 : Médiation

Les adhérents peuvent saisir le médiateur qui constitue une voie de recours pour le traitement des litiges individuels pouvant survenir dans la relation d'un adhérent avec la Mutuelle sur l'application ou l'interprétation des Statuts, de la Notice et du Règlement mutualiste.

Le Conseil d'administration désigne un médiateur agréé.

Le médiateur peut être saisi soit par le membre participant ou le membre honoraire, soit par la Mutuelle après épuisement des procédures internes de règlement. Un dossier constitué des éléments indispensables à l'instruction de la requête doit être adressé par voie électronique ou postale.

Le médiateur rend un avis motivé dans les 3 mois maximum de l'ouverture du dossier.

Toute action contentieuse engagée vient interrompre la procédure de médiation

ARTICLE 52 : Médiation

Les adhérents peuvent saisir le médiateur qui constitue une voie de recours pour le traitement des litiges individuels pouvant survenir dans la relation d'un adhérent avec la Mutuelle sur l'application ou l'interprétation des Statuts, de la Notice et du Règlement mutualiste.

Le Conseil d'administration désigne un médiateur agréé.

Le médiateur peut être saisi soit par le membre participant ou le membre honoraire, soit par la Mutuelle après épuisement des procédures internes de règlement. Un dossier constitué des éléments indispensables à l'instruction de la requête doit être adressé par voie électronique ou postale.

Le médiateur rend un avis motivé dans les 3 mois maximum de l'ouverture du dossier.

Toute action contentieuse engagée vient interrompre la procédure de médiation.

“ Annexes

aux comptes annuels de l'exercice
clos le 31 décembre 2021. ”

Montants exprimés en euros dans les tableaux.



1 - FAITS CARACTÉRISTIQUES DE L'EXERCICE

Les conséquences de la pandémie de la COVID-19

Dans le contexte de pandémie de COVID-19, après la baisse des prestations constatées en 2020, les dépenses de santé renouent en 2021 avec les niveaux de 2019.

La contribution COVID (contribution exceptionnelle aux organismes de complémentaire santé -articles 3 et 13 de la LFSS 2021- liée aux surcoûts de la prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie des frais de santé liés à la pandémie) est d'un montant de 1,1 M€ pour 2021. Cette taxe a déjà été inscrite dans les comptes sociaux de 2020 comme provision pour sinistre à payer et fait l'objet d'une déduction fiscale pour le calcul du résultat fiscal 2021.

Poursuite de l'application des critères du contrat responsable et prise en compte du 100% Santé

La Mutuelle applique depuis le 1^{er} janvier 2016 les dispositions réglementaires du contrat responsable et depuis début 2020 les contraintes réglementaires liées au 100% Santé (reste à charge zéro) pour l'optique, le dentaire et l'audioprothèse.

En 2021, la réforme s'est enrichie des prothèses amovibles en dentaire et d'un panier reste à charge 0 en audioprothèse.

L'année étant encore atypique, la Mutuelle ne peut qu'analyser partiellement les effets réels de la réforme 100% Santé. Cependant, en 2021, la Mutuelle constate que le 100% Santé en dentaire s'installe significativement, alors qu'il démarre timidement en audiologie et reste atone en optique.

Révision des cotisations et prestations

Pour l'année 2021, la Mutuelle, sur décision de son Conseil d'administration prise le 29 octobre 2020 a décidé de ne pas augmenter les cotisations des adhérents Actifs et Retraités.

Une fin d'année marquée par une indisponibilité des outils de gestion, du site de la Mutuelle et des applications mobiles

La fin d'année 2021 a été marquée par une indisponibilité de l'outil de gestion, du site de la Mutuelle et des applications mobiles.

Le prestataire informatique, Génération, avec lequel la Mutuelle entretient une relation forte (opérateur du Tiers payant, hébergeur du site internet...), a subi une cyberattaque le 27 novembre. Cette cyberattaque a généré une indisponibilité totale des outils de gestion jusqu'au 16 décembre, du site internet et des applications mobiles jusqu'au 23 décembre. A ces dates, la reprise s'est effectuée progressivement jusqu'à un retour à la normale fin janvier 2022. Génération a confirmé que la Mutuelle n'a subi ni perte ni compromission de données.

Ainsi, la Mutuelle a été dans l'impossibilité de traiter la moindre opération pendant un peu plus de 15 jours et enregistre sur la période un retard global dans les remboursements des soins de l'ordre de 3 semaines de production habituelle.

Une estimation des prestations non réglées suite au retard accumulé a été réalisée et constatée en provision pour prestations à payer.

1.1 Evènements postérieurs à la clôture identifiés avant la date d'arrêt des comptes

Crise Ukraine / Russie

Les opérations militaires en Ukraine qui ont commencé le 24 février 2022 et les sanctions prises contre la Russie par de nombreux Etats ont des incidences sur l'activité de nombreux groupes internationaux et auront une incidence sur l'économie mondiale. Cette situation peut créer des difficultés pour les activités de production et de distribution et avoir des incidences sur les ventes, les approvisionnements (hausse des cours des matières premières et du prix de l'énergie), la chaîne de production et la valeur de certains actifs. Enfin, les risques en matière de cybersécurité sont accrus.

Cette crise constitue donc sur le plan comptable un évènement postérieur à la clôture non lié à une situation existante à la clôture des comptes de 2021.



2 - RÉFÉRENTIEL COMPTABLE ET RÉGLEMENTAIRE

Les comptes annuels ont été arrêtés conformément aux dispositions du Code de commerce et du plan comptable général. Les conventions générales comptables ont été appliquées dans le respect du principe de prudence, conformément aux hypothèses de base : continuité de l'exploitation, permanence des méthodes comptables d'un exercice à l'autre, indépendance des exercices, conformément aux règles générales d'établissement et de présentation des comptes annuels. La mutuelle est une entreprise d'assurance (définies par l'article L.310-1 du Code des assurances), soumise à la réglementation contenue dans le règlement ANC n°2015-11 du 26 novembre 2015 et au titre IV du livre III du Code des assurances.

L'annexe est établie conformément aux dispositions du chapitre III du titre VIII du règlement ANC n°2014-03 du Comité de réglementation comptable. Elle est constituée de toutes les informations d'importance significative permettant d'avoir une juste appréciation du patrimoine et de la situation financière de la mutuelle, des risques qu'elle assume et de ses résultats. A chaque fois que ceci est utile à la compréhension, et notamment lorsque l'annexe donne le détail d'un poste de bilan ou du compte de résultat, les chiffres correspondants relatifs à l'exercice précédent sont indiqués de manière à pouvoir être directement comparés à ceux de l'exercice antérieur.

2.1 Changements dans les règles et méthodes comptables

Pas de changement sur l'exercice 2021.

2.2 Changements d'estimation

Pas de changement sur l'exercice 2021.

2.3 Changement de présentation

Pas de changement sur l'exercice 2021.

2.4 Actifs incorporels et corporels

Ces actifs sont enregistrés à leur coût d'acquisition, servant de base de calcul aux amortissements. En cas d'indicateur de perte de valeur, une provision pour dépréciation est comptabilisée. Les principales durées d'utilité retenues sont les suivantes :

Catégories	Durées d'amortissement linéaire
Mobilier et matériels de bureau	1 à 5 ans
Actifs Incorporels	3 à 5 ans
Agencements, installations	10 ans
Aménagements, installations	20 ans

2.5 Placements financiers

2.5.1 Placements immobiliers

Les placements immobiliers regroupent les terrains, les immeubles de placement, ainsi que les parts et actions de sociétés immobilières.

Les immeubles sont inscrits au bilan pour leur coût d'acquisition ou de construction, augmentés des travaux d'amélioration et sont ventilés selon les composants suivants :

Catégories	Durées d'amortissement linéaire
Bâtiments :	
Installations, agencements, aménagements	10 ans
Autres installations techniques	20 ans
Chauffage / Climatisation	20 ans
Ravalement façades / Menuiseries extérieures	25 ans
Structure et ouvrages assimilés	40 ans

Conformément à l'article R.212-54 du Code de la mutualité, une expertise quinquennale est réalisée sur l'ensemble des biens immobiliers détenus par la Mutuelle. Ces valorisations sont réalisées par un expert agréé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) et font l'objet d'une actualisation annuelle. La valeur vénale retenue s'élève à 2 100 000 €.

2.5.2 Placements mobiliers : valeurs mobilières de placement

Les placements mobiliers regroupent les titres cotés et non cotés, les SICAV et les parts de fonds communs de placement, un EMTN, une obligation, les prêts accordés, ainsi que les avances et les dépôts.

Leur valeur d'inscription à l'actif correspond à leur valeur d'achat ou leur valeur nominale. Les cessions sont traitées selon la méthode FIFO (First In, First Out) pour les valeurs mobilières de placement.

Leur valeur de réalisation est déterminée comme suit :

- Titres cotés : dernier cours coté du jour de l'inventaire,
- Titres non cotés : valeur vénale si connue, ou estimation selon la dernière situation nette connue,
- SICAV et parts de FCP : dernier prix de rachat publié au jour de l'inventaire,
- Autres placements : valeur comptable éventuellement dépréciée.

Conformément à la réglementation, une provision pour dépréciation durable est calculée pour les titres non amortissables uniquement dans la mesure où il est enregistré une dépréciation supérieure à 20% en 2020 sur une durée de 6 mois consécutifs.

Le règlement n° 2015-11 de l'ANC du 26 novembre 2015 prévoit que la valeur recouvrable d'un titre amortissable est déterminée désormais en fonction de l'horizon de détention par la Mutuelle. La Mutuelle a l'intention et la capacité de détenir les placements concernés jusqu'à sa maturité.

Une dotation de provision pour dépréciation durable a été constatée en 2021 pour un montant total de 70,3 K€. La provision correspond à la moins-value latente sur les parts du fonds immobilier Next Estate Fund I au 31/12/2021, placement en fin de maturité.

2.5.3 Autres placements financiers

Les autres placements financiers sont comptabilisés à leur coût d'acquisition. Une dépréciation est constatée si la valeur actuelle devient inférieure au coût historique.

2.6 Créances

Les créances et dettes ont été évaluées pour leur valeur nominale et n'appellent pas de commentaire particulier. Des provisions ont été constituées pour tenir compte des difficultés de recouvrement auxquelles les créances seraient susceptibles de donner lieu.

2.7 Provisions

2.7.1 Provisions pour risques à long terme

D'un point de vue réglementaire, la provision pour risques croissants ne concerne que les contrats pluriannuels pour lesquels les cotisations sont constantes alors que le risque croît en fonction de l'âge des personnes bénéficiaires des garanties.

Cependant un problème d'équilibre peut se poser dans le cas des mutuelles à population vieillissante et qui souhaitent provisionner le surcoût lié à ce vieillissement pour ne pas avoir à augmenter trop fortement les cotisations.

Conformément à la convention signée le 28 septembre 2004 entre l'entreprise BNP Paribas et la Mutuelle du Groupe BNP Paribas, une provision pour risques croissants a été constituée pour 150 M€ afin d'assurer l'équilibre, à long terme, du régime de frais de santé des retraités et des actifs. Cette provision est actualisée chaque année.

La provision pour risques croissants s'élève au 31 décembre 2021 à 165,7 M€, répartie entre les actifs (73,5 M€) et les retraités (92,1 M€).



2.7.2 Provisions pour prestations à payer

Le montant de la PSAP s'élève à 10,7 M€ dans les comptes au 31 décembre 2021.

Pour 9,6 M€, cette provision représente l'estimation du coût de l'ensemble des sinistres non réglés à la clôture de l'exercice, qu'ils aient été déclarés ou non. Elle inclut une majoration pour les frais de gestion déterminés en fonction d'un taux de frais réels observés.

Elle a été estimée selon la méthode Chain Ladder, sur la base des prestations versées par trimestre sur les deux derniers exercices. Elle comprend pour 1,7 M€ l'estimation des prestations non réglées suite au retard accumulé en fin d'année pendant la période d'indisponibilité de l'outil de gestion.

Pour 1,1 M€, la provision correspond à la contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 (Art 3 et 13 de la LFSS pour 2021). Cette contribution basée sur les cotisations nettes est au taux de 1,3% pour 2021.

2.7.3 Provisions pour risques d'exigibilité des engagements techniques

Néant.

2.8 Contribution à la prise en charge des modes de rémunération des médecins

Depuis le 1^{er} janvier 2019, en application de l'article 17 de la loi n°2019-1203 du 22 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2019, la participation au forfait médecin traitant est devenue une contribution à la prise en charge des modes de rémunération des médecins autres que le paiement à l'acte. Cette contribution a remplacé la participation au forfait médecin traitant afin d'en accroître la lisibilité au travers d'une simplification de son mode de calcul.

Les organismes redevables de la contribution sont les organismes redevables de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (TSA) dont notamment les mutuelles régies par le code de la mutualité.

L'assiette de cette contribution est alignée sur celle de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire, telle que définie au I et au dernier alinéa du II bis de l'article L. 862-4 (principalement le chiffres d'affaires relevant de l'activité santé). Le taux appliqué à cette assiette est de 0,8% depuis le 1^{er} janvier 2019.

La contribution 2021 a été comptabilisée dans les charges techniques dans la rubrique « coût des sinistres ».

2.9 Règles d'imputation des charges par destinations

Les frais de gestion et les commissions liées à l'activité d'assurance, sont classés selon leur destination, par application de clés de répartition, en fonction de la structure et de l'organisation de chacune des entités d'assurance.

Le classement des charges s'effectue dans les cinq destinations suivantes :

- Administration et gestion des contrats existants en portefeuille,
- Règlements des sinistres,
- Gestion de l'action sociale,
- Gestion des placements,
- Autres charges techniques.

2.10 Produits nets de placement

Ces produits nets des placements doivent rémunérer les provisions techniques et les capitaux propres inscrits au bilan. Ces derniers sont déterminés en fin d'exercice à partir d'une ventilation des produits financiers entre le résultat technique non-vie et le résultat non-technique.

3 - INFORMATIONS SUR LES POSTES DE BILAN

3.1 Mouvements des actifs incorporels, placements immobiliers et actifs corporels d'exploitation (y compris l'activité sociale)

Mouvements : valeurs brutes

DÉSIGNATION	Valeur brute au 31/12/2020	Variation		Valeur brute au 31/12/2021
		Augmentation et Transfert	Diminution et Transfert	
Actifs incorporels⁽¹⁾				
Frais d'établissement	-	-	-	-
Frais de développement	-	-	-	-
Autres actifs incorporels	1 456 071	-	-	1 456 071
Total actifs incorporels :	1 456 071	-	-	1 456 071
Placements immobiliers⁽²⁾				
Terrains et constructions :				
Terrains non construits	196 198	-	-	196 198
Parts de sociétés non cotées à objet foncier	17 929 169	388 474	7 888	18 309 754
Immeuble d'exploitation	3 735 072	-	-	3 735 072
Terrains et constructions en cours :				
Terrains affectés à une construction en cours	-	-	-	-
Immeuble en cours	-	-	-	-
Immeuble d'exploitation en cours	-	-	-	-
Sous-total	21 860 439	388 474	7 888	22 241 025
Titres de propriété⁽³⁾				
Dans des entités liées				
Actions et titres cotés	-	-	-	-
Actions et titres non cotés	-	-	-	-
Dans des entités avec lesquelles existe un lien de participation				
Actions et titres cotés	-	-	-	-
Actions et titres non cotés	-	-	-	-
Sous-total	-	-	-	-
Autres Titres de placement⁽⁴⁾				
Dans des entités liées				
Obligations, titres de créances négociables et autres titres à revenus fixe	-	-	-	-
Dépôts auprès des établissements de crédit	-	-	-	-
Autres placements	-	-	-	-
Créances pour espèces déposées chez les cédants	-	-	-	-
Sous-total	-	-	-	-
Total placements immobiliers	21 860 439	388 474	7 888	22 241 025
Actifs corporels d'exploitation				
Dépôts et cautionnements	-	-	-	-
Autres immobilisations corporelles	8 256	709	-	8 965
Total actifs corporels d'exploitation	8 256	709	-	8 965
TOTAL GÉNÉRAL	23 324 766	389 183	7 888	23 706 061

(1) Comptes 50 (et rattachés)

(2) Comptes 21 et 22 (et rattachés)

(3) Comptes 250 et 260 (et rattachés)

(4) Compte 25 et 26 (et rattachés) sauf 250 et 260



Mouvements : amortissements et dépréciations

DÉSIGNATION	Amort /Prov au 31/12/2020	Variation		Amort/Prov au 31/12/2021
		Dotation	Diminution et Reprise	
Actifs incorporels ⁽¹⁾				
Frais d'établissement	-	-	-	-
Frais de développement	-	-	-	-
Autres actifs incorporels	1 454 068	917	-	1 454 985
Total actifs incorporels:	1 454 068	917	-	1 454 985
Placements immobiliers ⁽²⁾				
Terrains et constructions:				
Terrains non construits	43 335	6 060	-	49 395
Parts de sociétés non cotées à objet foncier	53 328	17 000	-	70 328
Immeuble d'exploitation	2 938 388	80 211	-	3 018 599
Terrains et constructions en cours:				
Terrains affectés à une construction en cours	-	-	-	-
Immeuble en cours	-	-	-	-
Immeuble d'exploitation en cours	-	-	-	-
Sous-total	3 035 051	103 271	-	3 138 322
Titres de propriété ⁽³⁾				
Dans des entités liées				
Actions et titres cotés	-	-	-	-
Actions et titres non cotés	-	-	-	-
Dans des entités avec lesquelles existe un lien de participation				
Actions et titres cotés	-	-	-	-
Actions et titres non cotés	-	-	-	-
Sous-total	-	-	-	-
Autres Titres de placement ⁽⁴⁾				
Dans des entités liées				
Obligations, titres de créances négociables et autres titres à revenus fixe	-	-	-	-
Dépôts auprès des établissements de crédit	-	-	-	-
Autres placements	-	-	-	-
Créances pour espèces déposées chez les cédants	-	-	-	-
Sous-total	-	-	-	-
Total placements immobiliers	3 035 051	103 271	-	3 138 322
Actifs corporels d'exploitation				
Dépôts et cautionnements	-	-	-	-
Autres immobilisations corporelles	8 256	139	-	8 395
Total actifs corporels d'exploitation	8 256	139	-	8 395
TOTAL GÉNÉRAL	4 497 375	104 327	-	4 601 702

(1) Comptes 50 (et rattachés)

(2) Comptes 21 et 22 (et rattachés)

(3) Comptes 250 et 260 (et rattachés)

(4) Compte 25 et 26 (et rattachés) sauf 250 et 260

3.2 Autres placements

Désignation	Amortissements		Provision pour dépréciation	
	Dotations de l'exercice	Reprise de l'exercice	Dot de l'exercice	Reprises de l'exercice
A3 c – Autres placements ⁽¹⁾	-	-	-	38 112
A3 d – Dépôts espèces chez les cédants ⁽²⁾				

Désignation	Montant brut 31/12/2020	Amortissements Prov dépréciation 31/12/2020	Montant net 31/12/2020	Montant net 31/12/2019
A3 c – Autres placements ⁽¹⁾	207 879 497	32 534	207 846 963	209 620 098
A3 d – Dépôts espèces chez les cédants ⁽²⁾				

(1) Comptes 23 (et rattachés) sauf 235 (2) Comptes 235 (et rattachés)

3.3 Etat des placements

	Valeur brute inscrite au bilan	Valeur nette	Valeur de réalisation
I. Placements (détail des postes A2 et A3* de l'actif)			
1 Placements immobiliers et placements immobiliers en cours (cpt 21 et 22)	22 241 025	19 102 703	24 099 700
- dans l'OCDE	22 241 025	19 102 703	24 099 700
- hors de l'OCDE	-	-	-
2 Actions et autres titres à revenu variable autres que les parts d'OPCVM (cpt 230 sauf OPCVM)	132 425 898	132 425 898	132 256 902
- dans l'OCDE	132 425 898	132 425 898	132 256 902
- hors de l'OCDE	-	-	-
3 Parts d'OPCVM (autres que celles visées au 4) (OPCVM comptabilisées en 2302xx)	27 121 285	27 121 285	29 014 687
- dans l'OCDE	27 121 285	27 121 285	29 014 687
- hors de l'OCDE	-	-	-
4 Parts d'OPCVM détenant exclusivement des titres à revenu fixe (OPCVM comptabilisées en 2301xx)	-	-	-
- dans l'OCDE	-	-	-
- hors de l'OCDE	-	-	-
5 Obligations et autres titres à revenu fixe (cpt 231)	25 067 000	25 027 022	25 897 776
- dans l'OCDE	25 067 000	25 027 022	25 897 776
- hors de l'OCDE	-	-	-
6 Prêts hypothécaires (cpt 231xx)	-	-	-
- dans l'OCDE	-	-	-
- hors de l'OCDE	-	-	-
7 Autres prêts et effets assimilés (cpt 23 sauf 2321xx)	91 878	91 878	91 878
- dans l'OCDE	91 878	91 878	91 878
- hors de l'OCDE	-	-	-



	Valeur brute inscrite au bilan	Valeur nette	Valeur de réalisation
8 Dépôts auprès des cédantes (cpt 235)	-	-	-
- dans l'OCDE	-	-	-
- hors de l'OCDE	-	-	-
9 Dépôts (autres que ceux visés au 8) et cautionnements en espèces et autres placements (cpt 233 et 234) (A)	23 173 435	23 140 902	23 140 902
- dans l'OCDE	23 173 435	23 140 902	23 140 902
- hors de l'OCDE	-	-	-
10 Actifs représentatifs des opérations en unités de compte (cpt 24)	-	-	-
- placements immobiliers	-	-	-
- titres à revenu variable, autres que des parts d'OPCVM	-	-	-
- OPCVM détenant exclusivement des titres à revenu fixe	-	-	-
- autres OPCVM	-	-	-
- obligations et autres titres à revenu fixe	-	-	-
11 Total des lignes 1 à 10	230 120 522	226 909 689	234 501 845
<i>a) Dont</i>			
- placements évalués selon l'article R. 343-9 (titres amortissables)	25 067 000	25 027 022	25 897 776
- placements évalués selon l'article R. 343-10 (titres non amortissables)	205 053 522	201 882 667	208 604 069
- placements évalués selon l'article R. 332-5 (contrats à capital variable)	-	-	-
<i>b) Dont:</i>			
- valeurs affectables à la représentation des provisions techniques, autres que celles ci-dessous	225 466 900	222 288 600	229 880 756
- valeurs garantissant les engagements pris au titre de la branche 25 ou couvrant les fonds de placement gérés	-	-	-
- valeurs déposées chez les cédants (dont valeurs déposées chez les cédants dont la Mutuelle ou l'union s'est portée caution solidaire)	-	-	-
- valeurs affectées aux provisions techniques spéciales des opérations visées à l'article L.932-24 du Code de la SS en France (branche 26)	-	-	-
- autres affectations ou sans affectation	4 653 622	4 621 089	4 621 089
II. Actifs affectables à la représentation des provisions techniques (autres que les placements et la part des réassureurs dans les provisions techniques)	10 578 290	10 578 290	10 578 290
III. Valeurs appartenant à des organismes au titre de la branche 25 (une ligne par organisation)	-	-	-

3.4 Autres informations

	Droits réels			Parts de SCI / SCPI non cotées		
	Utilisés pour l'activité	Toutes les immobilisations	TOTAL	Utilisés pour l'activité	Toutes les immobilisations	TOTAL
Terrains		196 198	196 198	-	-	-
Constructions		3 735 072	3 735 072	-	18 309 754	18 309 754
Total	-	3 931 271	3 931 271	-	18 309 754	18 309 754

Solde non encore amorti ou non encore repris correspondant à la différence sur le prix de remboursement des titres évalués conformément au Code de la mutualité :

+ Placements à l'actif (ligne A3):	226 949 667
- Amortissements des différences sur prix de remboursement (cpt 485):	- 39 978
+ Différences sur prix de remboursement à percevoir (cpt 483):	
= Total figurant à l'état récapitulatif des placements	226 909 689

3.5 Etat des créances et des dettes, à plus ou moins un an

	Jusqu'à 1 an	De 1 à 5 ans	Plus de 5 ans	TOTAL
Créances et autres actifs				
Créances	-	-	-	-
Créances nées d'opérations d'assurance directe	50 299	-	-	50 299
Créances nées d'opérations de réassurance	-	-	-	-
Etat, organismes sociaux, collectivités publiques	1 716 203	-	-	1 716 203
Débiteurs divers	44 446	-	-	44 446
Autres actifs	570	-	-	570
Comptes courants	10 578 290	-	-	10 578 290
TOTAL	12 389 808	-	-	12 389 808
Dettes				
Dettes nées d'opérations d'assurance directe	64 055	-	-	64 055
Dettes nées d'opérations de réassurance	-	-	-	-
Dettes envers des établissements de crédit	-	-	-	-
Autres dettes	11 948 715	-	-	11 948 715
Créditeurs divers	-	-	-	-
TOTAL	12 012 769	-	-	12 012 769

3.6 Entités liées, filiales et participations

Néant



3.7 Fonds propres

Désignation						Fonds propres au 31 décembre 2020
	Fonds propres au 31 décembre 2019	Affectation du résultat	Incorporation de réserves au fonds d'établissement	Augmentation des fonds d'établissement ou de développement	Apports sans droit de reprise (bien durable)	
1021 Fonds d'établissement constitué	229 000	-	-	-	-	229 000
1022 Fonds de développement constitué	-	-	-	-	-	-
«1024 Fonds issus de droit d'adhésion constitués»	-	-	-	-	-	-
«1025 Legs et donations avec contrepartie d'actifs immobilisés»	-	-	-	-	-	-
«1026 Autres apports sans droit de reprise»	347 499	-	-	-	-	347 499
Sous total	576 499					576 499
105 Écarts de réévaluation	-	-	-	-	-	-
106 Réserves	-	-	-	-	-	-
- 1062 Réserves indisponibles	-	-	-	-	-	-
- 1063 Réserves statutaires ou contractuelles	-	-	-	-	-	-
- 1064 Réserves réglementées	-	-	-	-	-	-
- 10642 Réserves pour remboursement d'emprunt pour fonds d'établissement	-	-	-	-	-	-
- 10643 Réserve pour fonds de garantie	-	-	-	-	-	-
- 10645 Réserves de capitalisation	-	-	-	-	-	-
- 1068 Autres réserves	40 888 453	2 893 731	-	-	-	43 782 184
Sous total	40 888 453	2 893 731	-	-	-	43 782 184
11 Report à nouveau	-	-	-	-	-	-
12 Résultat de l'exercice	2 893 731	- 2 893 731	-	-	-	6 877 671
13 Subventions d'équipement et autres subventions d'investissement	-	-	-	-	-	-
Sous total	2 893 731					6 877 671
TOTAL	44 358 683					51 236 354

3.8 Provisions pour prestations à payer

Ecart de liquidation	2020			2019
	Brut	Cessions et Rétrocessions	Net	Net
1 Provisions pour sinistres à payer au 1 ^{er} Janvier (1)	7 705 619	-	7 705 619	7 586 872
2 Règlements sur exercices antérieurs au cours de l'exercice (2)	7 002 502	-	7 002 502	7 076 690
3 Provisions pour sinistres à payer au 31 décembre (sur exercices antérieurs) (3)	279 422	-	279 422	279 015
4 Écart de liquidation (1) - (2) - (3)	423 695	-	423 695	231 167

(1) Comptes 50 (et rattachés)

(2) Comptes 21 et 22 (et rattachés)

(3) Comptes 250 et 260 (et rattachés)

(4) Compte 25 et 26 (et rattachés) sauf 250 et 260

3.9 Divers comptes d'actif et de passif

	2020	2019
Comptes de régularisation (en €)		
Actif		
A8 a Intérêts et loyers acquis et non échus	289 840	278 489
A8b/c Frais d'acquisition reportés	-	-
A8d Autres comptes de régularisation	88 201	95 084
TOTAL	378 041	373 573
Passif		
B8 Comptes de régularisation - Passif	39 978	33 361
dont : amortissement des différences sur les prix de remboursement	-	-
TOTAL	39 978	33 361
Produits à recevoir et charges à payer		
Produits à recevoir rattachés à des créances	101 269	43 664
Charges à payer rattachées à des dettes	11 664 159	9 205 563
Produits imputables à des exercices postérieurs	-	-
Charges imputables à des exercices postérieurs	-	-
TOTAL	11 765 428	9 249 227

3.10 Substitution

Néant

3.11 Gestion d'un régime obligatoire

Néant

4 - INFORMATIONS SUR LES POSTES DU COMPTE DE RÉSULTAT

4.1 Ventilation des cotisations brutes émises

Cotisations brutes émises nettes de taxes :	31/12/2021	31/12/2020
En France	85 463 280	86 300 768
Dans la CEE	-	-
Hors CEE	-	-
TOTAL	85 463 280	86 300 768

4.2 Prestations réglées dans le cadre du dispositif Tiers Payant de la carte Sésame Vitale

Dans le cadre du dispositif Tiers payant de la carte sésame vitale et des flux électroniques mis en place, le règlement et la comptabilisation des droits relatifs à certaines prestations en nature liées à la maladie, interviennent, conformément aux textes légaux et réglementaires, en particulier les articles L.161-33 et R.161-43 du Code de la Sécurité Sociale, sur une base déclarative, sans reconnaissance express par l'assuré/l'adhérent de la réalité de la prestation reçue.

4.3 Produits et charges des placements

	Revenus financiers et frais financiers concernant les placements dans les entités liées	Autres Revenus financiers et frais financiers	TOTAL 2021	TOTAL 2020
Revenus des participations ⁽¹⁾	-	-	-	-
Revenus des placements immobiliers	-	641 933	641 933	493 930
Revenus des autres placements	-	5 633 177	5 633 177	2 376 612
Autres revenus financiers (commission, honoraires)	-	38 112	38 112	219
TOTAL (poste II 2a et ou III 3a du compte de résultat)		6 313 222	6 313 222	2 870 761
Frais financiers (commissions, honoraires, intérêts et agios)	-	-	-	-
Total des autres produits de placements (plus-values, reprise sur amortissements ou provisions,...) inclus au poste II2 et/ ou III3 du compte de résultat	-	-	3 131 854	219
Total des autres charges de placements (moins-value, dotation aux amortissements et provisions, charges internes,...) incluses au poste II9 et/ou III5 du compte de résultat	-	-	194 049	88 688

(1) Total des autres produits des placements (plus-values, reprises sur amortissements ou provisions...) inclus au poste E2 et ou F3 du compte de résultat. Total des autres charges de placements (moins-values, dotations aux amortissements et provisions, charges internes...) incluses au poste E9 et ou F5 du compte de résultat

4.4 Compte de résultat technique par catégorie Opérations non-vie - Catégorie 20 à 39 (en euros)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	Total non vie
Cotisations acquises	41 845 864	43 617 416	-	-	-	-	-	85 463 280
Cotisations	41 845 864	43 617 416	-	-	-	-	-	85 463 280
Variation des cotisations non acquises	-	-	-	-	-	-	-	-
Charges des prestations	39 336 996	41 254 634	-	-	-	-	-	80 591 630
Prestations et frais payés	42 327 004	41 134 135	-	-	-	-	-	83 461 139
Charges des provisions pour prestations et autres	- 2 990 008	120 499	-	-	-	-	-	- 2 869 509
A – SOLDE DE SOUSCRIPTION	2 508 868	2 362 781	-	-	-	-	-	4 871 650
Frais d'acquisition	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres Charges de gestion nettes	1 522 387	1 479 483	-	-	-	-	-	3 001 871
B – CHARGES D'ACQUISITION ET DE GESTION NETTES	1 522 387	1 479 483	-	-	-	-	-	3 001 871
Produits des placements	2 404 912	2 337 137	-	-	-	-	-	4 742 049
Participation aux résultats	-	-	-	-	-	-	-	-
C – SOLDE FINANCIER	2 404 912	2 337 137	-	-	-	-	-	4 742 049
Part des réassureurs dans les cotisations	-	-	-	-	-	-	-	-
Part des réassureurs dans les prestations	-	-	-	-	-	-	-	-
Part des réassureurs dans la participation aux résultats	-	-	-	-	-	-	-	-
Commissions reçues des réassureurs	-	-	-	-	-	-	-	-
D – SOLDE DE RÉASSURANCE	-	-	-	-	-	-	-	-
RESULTAT TECHNIQUE (A-B+C+D)	3 391 393	3 220 435	-	-	-	-	-	6 611 828
Hors compte	-	-	-	-	-	-	-	-
Provisions pour cotisations non acquises (clôture)	-	-	-	-	-	-	-	-
Provisions pour cotisations non acquises (ouverture)	-	-	-	-	-	-	-	-
Provisions pour sinistres à payer (clôture)	5 450 316	5 296 714	-	-	-	-	-	10 747 030
Provisions pour sinistres à payer (ouverture)	5 706 985	5 631 922	-	-	-	-	-	11 338 907
Autres provisions techniques (clôture)	92 136 003	73 546 466	-	-	-	-	-	165 682 469
Autres provisions techniques (ouverture)	95 960 043	74 243 316	-	-	-	-	-	170 203 359

(1) CAT 20 Dommages corp. OP. Indiv

(2) CAT 21 Dommages corp. OP. Coll

(3) CAT 29 Protection juridique

(4) CAT 30 Assistance

(5) CAT 31 Pertes pécuniaires diverses

(6) CAT 38 Caution

(7) CAT 39 Acceptation en réassurances

4.5 Participations légales, charges des prestations et contributions liées à la CMU

Le montant de la participation CMU reçu par la Mutuelle pour l'exercice 2021 et des prestations versées est nul.

4.6 Gestion pour compte de tiers

Néant.

4.7 Action sociale

	2021	2020
Produits prélevés⁽⁷⁾:	-	-
- sur opérations non vie	-	-
- sur opérations vie	-	-
Produits sur placements⁽⁴⁾:	-	-
Autres produits⁽²⁾:	-	-
Produits exceptionnels⁽³⁾:	-	-
Total produits	-	-
Allocations, attributions, et frais payés et à payer⁽⁴⁾:	- 301 943	- 582 972
- à caractère individuel	- 301 943	- 582 972
- à caractère collectif	-	-
Autres allocations et attributions	-	-
Frais de gestion⁽⁵⁾:	- 936 390	- 879 298
Charges exceptionnelles⁽⁶⁾:	-	-
Total charges	- 1 238 333	- 1 462 270
Résultat de l'action sociale	- 1 238 333	- 1 462 270

(1) Part imputable à l'action sociale du poste F3

(2) Part imputable à l'action sociale du poste F7

(3) Part imputable à l'action sociale du poste F9a

(4) Part imputable à l'action sociale du poste F8a

(5) Part imputable à l'action sociale du poste F8a

(6) Part imputable à l'action sociale du poste F9b

(7) Extra-comptablement

4.8 Autres produits et charges

4.8.1 Ventilation des charges par nature

	2021	2020
Achats et autres charges externes	6 615 774	6 418 792
Impôts et taxes et versements assimilés	111 900	131 119
Charges de gestion courante	463 812	494 071
Autres charges de gestion courante	16 282	8 512
Dotations aux amortissements et provisions	170 096	92 188
Total	7 377 864	7 144 683

4.8.2 Ventilation des charges par destination

	2021	2020
Frais sur prestations	3 403 141	2 906 887
Frais d'administration	1 230 784	1 401 873
Autres charges techniques	1 771 086	1 918 526
Frais sur action sociale	936 390	879 298
Charges de gestion de placements	36 463	38 099
Total	7 377 864	7 144 683

5 - ENGAGEMENTS

5.1 Engagements reçus

Néant.

5.2 Tableaux des engagements donnés

Montant des engagements à l'égard des dirigeants

Désignation	2021	2020
C2a Avals, cautions et garanties de crédits donnés	Néant	Néant
C2b Titres et actifs acquis avec engagement de revente		
C2c Autres engagements sur titres, actifs ou revenus		
C2d Droits de tirage donnés à un fonds de garantie		
C2e Autres engagements donnés		
C6 Valeurs appartenant à des mutuelles		
C7 Autres valeurs détenues pour le compte de tiers		
Total		

Montant des engagements à l'égard des dirigeants

Désignation	2021	2020
C2a Avals, cautions et garanties de crédits donnés	Néant	Néant
C2b Titres et actifs acquis avec engagement de revente		
C2c Autres engagements sur titres, actifs ou revenus		
C2d Droits de tirage donnés à un fonds de garantie		
C2e Autres engagements donnés		
C6 Valeurs appartenant à des mutuelles		
C7 Autres valeurs détenues pour le compte de tiers		
Total		

5.3 Montant des engagements réciproques

Désignation	2021	2020
C3a Valeurs reçues en nantissement des cessionnaires et rétrocessionnaires	Néant	Néant
C3b Valeurs reçues d'organismes pour des opérations en substitution		
C3c Valeurs gérées dans le cadre d'engagements pris au titre de la branche 25		
C3d Autres engagements réciproques		
Total		

5.4 Autres engagements donnés

La Mutuelle du Groupe BNP Paribas a souscrit trois titres pour lesquels elle s'est engagée à verser un montant total de 16 M€.

Désignation	Année de souscription	Montant souscrit	Montant déjà appelé	Reste à souscrire
Eurozone Logistics Fund	2017	5 000 000	4 310 581	689 419
Mutuelle Impact	2020	1 000 000	339 000	661 000
BNPP European Infra Debt Fund II	2021	10 000 000	4 535 316	5 464 684
Total		16 000 000	9 184 897	6 815 103

6 - AUTRES INFORMATIONS

6.1 Remboursements et indemnisations des élus de la Mutuelle

- Les administrateurs ne reçoivent pas d'indemnités versées au titre de leurs missions permanentes.
- La Mutuelle n'a pas de remboursement versé aux employeurs à la hauteur des rémunérations maintenues dans le cadre du temps passé au sein de la Mutuelle par certains administrateurs ayant un statut de salarié.
- Le montant des remboursements de frais de déplacements versés aux administrateurs au titre de l'année 2021 s'élève à 11 534 € et ne concerne que des frais de déplacement.
- La Mutuelle n'accorde pas d'avantage en nature.

Conformément à l'application de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité, un rapport sur les remboursements et indemnités versés aux élus en application de l'article L. 114-26 du Code de la mutualité a été élaboré et une attestation spécifique sera établie par le commissaire aux comptes.

6.2 Transferts financiers réalisés par une mutuelle régie par le Livre II au bénéfice d'une mutuelle ou union du Livre III

La Mutuelle du Groupe BNP Paribas, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, n'a accordé aucun concours financier, subvention, prêt et aide de toute nature à une mutuelle ou union du Livre III au titre de l'exercice.

6.3 Liste des mandats et fonctions exercées par les administrateurs dans d'autres organismes mutualistes

Union de représentation VYV

AUBERT Pascal
BON CASERY Elisabeth
CHEVRIER Serge

AG VYV Partenariat

AUBERT Pascal
CABORT Danielle
CHEVRIER Serge
FORLI Bernard
HUBAUD Claude

6.4 Honoraires du commissaire aux comptes

Les honoraires du commissaire aux comptes s'élèvent à 59 880 € TTC pour l'exercice 2021, au titre de sa mission principale.



Ce document est imprimé sur du papier 100 % PEFC provenant de forêts exploitées durablement

VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE

Faites-nous part de vos suggestions sur
le présent rapport via l'adresse courriel
paris_mutuelle_secretariat_general@bnpparibas.com