



Garanties conformes aux obligations des contrats responsables et solidaires

Journal 2013





Sommaire

Editorial	P.03
Rapport moral de l'exercice 2012	P.04
Extrait du rapport de gestion de l'exercice 2012	P.06
Extrait du rapport sur le contrôle interne de l'exercice 2012	P.22
Rapport de solvabilité d'Unimutuelles	P.34
Rapport annuel de Brocéliande Mutualité	P.38
Rapport annuel du Pays du Granit	P.42
Rapport annuel des Marches de Bretagne	P.46
«Nos partenaires à l'honneur»	P.50
La généralisation de la complémentaire santé	P.57
Les contrats mutualistes «Individuels» 2014	P.58
Garantie d'assistance 2014	P.60
Médecines douces	P.64
Exemples de remboursements	P.66

Rédaction et photos : Patrice Provot Directeur d'Unimutuelles

www.unimutuelles.fr

Création : Scenarii V&M

www.scenarii.net

Imprimerie : Le Maire

02 96 28 41 54

Couverture : Scenarii V&M

Journal d'information gratuit destiné aux adhérents, édité par Unimutuelles.

Consultez notre site :

www.unimutuelles.fr

Unimutuelles, organisme gestionnaire de l'assurance maladie complémentaire est régi par le code de la mutualité. Numéro SIREN 440 293 355. La mutuelle dispose de l'agrément accordé par le ministère de tutelle pour la couverture des branches 1, 2 et 20 du livre II. Unimutuelles respecte l'ensemble des obligations réglementaires et solvabilité formalisées dans les rapports annuels, transmis à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).



ÉDITORIAL

La liberté a-t-elle un avenir en Santé ?

Il est très légitime de se poser cette question au regard de toutes les attaques qui ont frappé le monde de la complémentaire santé. Jusqu'à présent, l'adhérent avait encore le choix, celui de sélectionner un organisme de complémentaire santé auprès d'une mutuelle, d'un assureur ou d'une institution de prévoyance. La mutuelle Unimutuelles propose en effet des garanties adaptées aux besoins des adhérents tout en conservant ce principe solidaire de non sélection du risque, c'est-à-dire que tous les adhérents quel que soit leur état de santé, peuvent être accueillis. La proximité et les relations humaines représentaient d'autres atouts très prisés de nos adhérents.

Mais au nom de la généralisation de la complémentaire santé, notre système de protection sociale est modifié. D'abord par la baisse régulière des prises en charge par le Régime Obligatoire sur de nombreux soins (médicaments, optique, ...) mais aussi par l'Accord National Interprofessionnel (ANI) qui prévoyait au départ l'attribution d'une complémentaire santé obligatoire pour tous les salariés, payée partiellement par l'employeur mais auprès de quelques organismes nationaux. Exit la liberté de choix de sa mutuelle locale, exit les années de relationnel avec les salariés d'Unimutuelles toujours disponibles pour vous expliquer un devis ou un remboursement... Mais les Petites et Moyennes Mutuelles se sont mobilisées, pour défendre les emplois de leurs salariés mais aussi ce principe de libre choix. Pour l'instant grâce au

Conseil Constitutionnel, elles gardent la possibilité de proposer aussi des contrats groupes aux entreprises, car, et cela surprend parfois les grands acteurs de la complémentaires santé qui nous regardent avec ostracisme, nous sommes largement en capacité de nous adapter à chaque accord de branche.

Alors une nouvelle salve a été lancée et vise à lancer un appel à concurrence auprès d'organismes nationaux (encore et toujours) pour la gestion des adhérents bénéficiant de l'Aide à la Complémentaire Santé, ce que les Petites et Moyennes Mutuelles font depuis que le dispositif existe. Il faut savoir que l'ACS est attribuée à des personnes dont les ressources sont limitées et cette aide leur permet d'avoir accès aux mêmes garanties que ceux qui peuvent se les payer seuls. J'ai bien dit les mêmes car pour tous les élus et salariés d'Unimutuelles, les adhérents sont les mêmes et doivent avoir les mêmes droits. Or dans cette tentative d'accaparement de ce que nos décideurs apparentent au « marché des ACS », les bénéficiaires de cette aide seraient mis à part, n'auraient plus le droit de choisir leur mutuelle de proximité et devraient adhérer obligatoirement à une grosse structure, « décidée » pour eux mais sans eux.

Demain, à qui le tour ? Les bénéficiaires de la CMU ? Les personnes en Affection Longue Durée ? Les Invalides ?

Unimutuelles n'acceptera jamais cette course au gigantisme assurantiel, ce

démantèlement programmé de notre système de protection sociale par sa privatisation progressive et cette catégorisation des individus. Je suis en bonne santé, toi non ? Je peux me payer ma complémentaire santé, toi tu as besoin d'une aide ? Alors restons groupés pour nous aider les uns les autres. Parce que le jour où la maladie ou l'accident nous frappera, nous resterons égaux devant le médecin ou le chirurgien.

Une mutuelle c'est cela. Un regroupement d'individus différents qui s'entraident pour rendre les problèmes de santé moins lourds à supporter. Si nous acceptons ce démantèlement programmé des acteurs locaux, que deviendront les personnes dans le besoin ?

Il nous appartient tous de défendre nos valeurs mutualistes, chacun à notre niveau. Par la pédagogie nous devons informer nos décideurs politiques des conséquences possibles de leurs décisions, des dommages collatéraux de mesures prises initialement avec une bonne intention. Nous connaissons le tissu local et les gens qui y vivent, leurs besoins, leurs souhaits mais aussi leurs craintes. Cette année encore nous nous y emploierons, avec vous et pour vous. Pour que la liberté ait un réel avenir en Santé. C'est notre engagement.

Jean-Paul Perronnerie
Président d'Unimutuelles



Papier recyclé

Le Conseil d'Administration est désormais composé de 21 membres titulaires et de 2 membres honoraires. Au cours de l'année passée, le Conseil d'Administration d'Unimutuelles, précédé d'un Comité d'Audit, a statué à 5 reprises, avec une participation assidue des membres élus. Chaque réunion de conseil était précédée d'un rapport sur les travaux menés par le Comité d'Audit. Les réunions se sont tenues majoritairement au siège de la Mutualité Française d'Ille-et-Vilaine, et toutes les délibérations ont été formalisées. A noter que la participation des élus bénévoles est importante, tant au sein des Sections, que des Commissions Sociales, des groupes de travail, que du Comité d'Audit.

L'année 2012 aura été l'année de l'entrée en fiscalité des mutuelles. Elles sont désormais assujetties à l'Impôt sur les Sociétés (IS) au taux de droit commun (33.1/3 %), mais à hauteur de 40 % seulement de leur résultat imposable pour cette première année 2012. L'an prochain, ce taux passera à 60 %, pour atteindre 100 % en 2014.

Unimutuelles a donc réalisé un bilan d'entrée en fiscalité avec la CAFEX, notre cabinet comptable et Marccus PARTNERS – MAZARS en 2012. Des formations à la fiscalité ont été organisées pour les Administrateurs, la personne en charge des écritures comptables et le Directeur. En effet, des retraitements comptables sont nécessaires pour passer du bilan comptable au bilan fiscal.

Après 17 années d'utilisation du logiciel Winsanté de Stimut, Unimutuelles a fait le choix de l'opérateur CIM pour la mise en place d'un nouvel applicatif. 2012 aura été une année de grand chantier afin de préparer les

différents modules souscrits : Mutcim (applicatif de gestion), la CRM (gestion de la relation client), Cim Compta, Mutcim.net pour la consultation des décomptes sur internet, Brio (entrepôt de données pour la réalisation de requêtes). Une grosse étape de conception, analyse mais aussi paramétrage, recettage... aura nécessité de nombreuses forces.



Notre parc informatique et la conception du réseau ont été revus (Orange VPN), modifications sur les postes (serveur, Wyse, onduleurs...).

Un grand nombre de formations, pour le comité de pilotage mais aussi les salariés utilisateurs, a été organisé.

Suite au travail d'analyse abordé dès 2011, des modifications ont eu lieu sur les placements en 2012. Les baisses de rémunération sur les SICAV monétaires et la volonté d'améliorer le taux de couverture de nos engagements nous a conduits, avec l'Audit Comptabilité Finances à réorienter nombre de placements vers des supports sécurisés mais également plus rémunérateurs. En outre, nous conservons en totale liquidités

des sommes trop importantes (sur des SICAV monétaires). Nous avons affecté une partie de ces sommes sur des Comptes à Terme et Obligations, tout en conservant suffisamment de liquidités pour pallier toute évolution anormale des prestations versées.

Les exigences toujours plus poussées de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution s'accompagnent, dans le cadre de l'adéquation avec «Solvabilité II», de la nécessité de disposer en interne de compétences spécifiques et à haute valeur ajoutée. Des formations régulières permettent d'élever le niveau des collaborateurs mais il n'est pas toujours possible de trouver ces compétences. Elles devraient faire l'objet de recrutements mais le coût de tels postes (comme l'actuariat par exemple) est difficilement acceptable pour une mutuelle de petite ou moyenne taille. Unimutuelles a donc recensé les fonctions qui pourraient à l'avenir lui faire défaut dans le cadre de la réponse aux attentes de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. C'est le volet défensif.

Mais Unimutuelles a aussi décidé de porter sa réflexion sur les fonctions opérationnelles ou support dont elle pourrait se doter dans une vision plus offensive, à savoir une amélioration de ses forces concurrentielles. C'est le volet offensif.

C'est pourquoi 2012 a été l'année d'un audit des besoins (tant défensifs qu'offensifs) et de la recherche de partenaires de tailles similaires, partageant la même éthique et recensant les mêmes besoins.

Les agents territoriaux peuvent désormais bénéficier d'une participation de



leur employeur à la complémentaire santé sous deux formes : les contrats labellisés individuels et la convention de participation. Unimutuelles a fait labelliser un règlement mutualiste et trois options, afin d'offrir une gamme étendue de garanties aux agents territoriaux. Actelior, organisme assermenté, a validé cette labellisation en décembre 2012.

L'accord de branche dans le transport nous a obligés à revoir nos contrats avec nos sociétés de transport pour les adapter. Nous avons réussi à conserver tous nos contrats mais il a fallu aménager nos contrats pour répondre aux conditions de maintien, tant en terme de prestations que de cotisations.

Après l'achèvement de la deuxième tranche de travaux à La Guerche de Bretagne (réfection du local commercial et de la toiture), nous avons désormais en location deux kinésithérapeutes dans nos locaux. Les deux autres appartements vacants ont accueilli, après réfection, des locataires. L'appartement situé au-dessus de l'agence de Saint-Méen Le Grand est quant à lui toujours occupé.

L'année 2012 a vu croître énormément les radiations individuelles pour départs en contrats collectifs, soit réalisées en entreprises soit dans le cadre d'accords de branches. Unimutuelles n'étant pas une mutuelle nationale, elle ne participe pas aux négociations avec les instances paritaires. Unimutuelles a enregistré une chute d'effectif inhabituelle, essentiellement en raison des accords de branches qui génèrent un nombre croissant de radiations imposées aux adhérents. L'année 2012 aura été particulièrement marquée par ce phénomène comme en atteste l'accord de branche sur les aides à domicile. Particulièrement présente en milieu rural, Unimutuelles avait en contrats individuels de nombreuses aides ménagères qui ont quitté les effectifs essentiellement au 1^{er} février 2012. En outre, l'effet de crise a continué à produire des mouvements d'effectifs significatifs sur les contrats individuels et collectifs, avec des radiations pour incapacité financière à payer les cotisations.

Au total le solde net d'adhésions entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012 n'aura été que de + 40 bénéficiaires, soit 10 fois moins que l'an passé (+ 402) et ce en dépit d'un nombre d'adhésions plus important. La différence étant essentiellement due à deux facteurs : les adhésions à des contrats groupes obligatoires et des difficultés rencontrées par des entreprises locales qui ont généré des

départs de personnel. La portabilité ne compense pas ces licenciements car d'une part elle n'est valable que 9 mois et d'autre part, elle s'interrompt si l'adhérent se fait embaucher dans une nouvelle entreprise qui dispose d'un contrat groupe.

Unimutuelles a poursuivi son adaptation aux obligations dites de « Solvabilité II » sur les piliers 1 et 2. Nous avons travaillé avec les Mutuelles Solidaires, notamment en termes de formations. Nous avons également rempli les Tableaux des Etats Complémentaires aux Placements, en collaboration avec les Administrateurs, dans le cadre du groupe Comptabilité-Finances. De nouveaux dossiers sont demandés comme la Lutte Contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme et le traitement des réclamations des adhérents.

En effet, les difficultés financières rencontrées par les adhérents individuels sont de plus en plus prégnantes et mises en évidence par des arbitrages sur la réduction du niveau de couverture. 2012 aura été particulièrement difficile pour nos adhérents comme en témoigne le changement de garanties pour des couvertures plus basiques, l'accroissement du nombre d'impayés et la hausse de plus de 33 % des aides versées par les Commissions Statutaires et Sociales.

Extrait du Rapport de Gestion de l'exercice 2012

Présentation de l'organisme

Unimutuelles est une personne morale de droit privé, à but non lucratif dont les statuts ont été enregistrés par la préfecture d'Ille-et-Vilaine sous la référence 35M000379 ; elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro Siren 440.293.355.

Unimutuelles, dont le siège social est situé au « CITAD Alphasis, Centre Espace Performance, bâtiment I à Saint Grégoire dans le département d'Ille-et-Vilaine », exerce en France, une activité d'assurance des personnes, telle qu'elle est définie par le livre II du Code de la Mutualité portant réforme par ordonnance N° 2001-350 du 19 avril 2001.

Unimutuelles a obtenu l'agrément par arrêté ministériel du 21 juillet 2003, pour l'exercice des branches et sous branches :

- 1 - accident (y compris les accidents du travail et maladies professionnelles),
- 2 - maladie,
- 20 - vie, décès (pour la garantie obseques sous réserve de délibération annuelle de l'Assemblée Générale).

Origine de la mutuelle

Unimutuelles est issue du regroupement de plusieurs mutuelles locales, dont les sièges sociaux étaient situés dans le département d'Ille-et-Vilaine. La création d'Unimutuelles en 2001 a été réalisée conjointement avec la fusion des Mutuelles des Marches de Bretagne (immatriculée le 10 octobre 1985), de Brocéliande Mutualité (immatriculée le 13 février 1985), des Mutuelles Réunies (immatriculée le 17 septembre 1997) suite au regroupement des Mutuelles de St Brice, de Poilley et de Cogles, de la Mutuelle de Louvigné (immatriculée le 6 juin 1903), de l'Union Technique des Mutuelles de Pays (immatriculée le

29 janvier 1999) puis de la Mutuelle de Montours (fusion en 2004 de la mutuelle créée en 1938).

Les instances des mutuelles citées avaient délibéré sur la création d'une nouvelle entité « Les Mutuelles de Pays dite Unimutuelles » suite à la transposition de la directive assurance de 1992 et la publication du nouveau Code de la Mutualité. Les statuts et règlements de la nouvelle entité intègrent le maintien du mouvement mutualiste par « bassin de vie » avec des sections et des instances locales.

L'Assemblée Générale

En vertu de l'article L114-8 III du Code de la Mutualité formalisé par l'article 30 des statuts d'Unimutuelles, le Conseil d'Administration présente un rapport de gestion à l'Assemblée Générale annuelle. Celle-ci est amenée à se prononcer sur :

- a) La modification des statuts et règlements de la Mutuelle,
- b) Les activités exercées,
- c) L'existence et le montant des droits d'adhésion,
- d) Le montant du fonds d'établissement,
- e) Les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste,
- f) L'adhésion à une union ou une fédération, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle,
- g) Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- h) L'émission des titres participatifs, les émissions d'obligations et de titres subordonnés,
- i) Le transfert de tout ou partie du portefeuille d'opérations que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- j) Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par

le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,

- k) Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- l) Le rapport spécial du Commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L114-34 du Code de la Mutualité,
- m) Le rapport spécial du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles et unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du Commissaire aux Comptes,
- n) Le plan prévisionnel de financement,
- o) Toutes questions relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- p) La conclusion d'une convention de substitution,
- q) Le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission,

L'Assemblée Générale décide :

- r) La nomination des Commissaires aux Comptes,
- s) La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- t) Les délégations de pouvoirs,
- u) Les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L111-3 et L111-4 du Code de la Mutualité.

Fonds d'établissement

Le montant du fonds d'établissement est de 381 100 €.

Droits d'admission

L'Assemblée Générale du 16 octobre 2012 a reconduit le droit d'admission pour les affiliations après 70 ans, de 230 € en cas de nouvelle adhésion et de 120 € pour les mutations. L'Assemblée Générale a voté la création d'un

droit de réinscription de 76 € appliqué aux adhérents pour qui la radiation n'avait pas été imposée.

Les faits marquants de l'année 2012

L'année 2012 aura été riche en faits marquants pour Unimutuelles.

Adhésion à l'ADPM au 1^{er} janvier 2012



L'Association Diversité Proximité Mutualiste (ADPM) est née le 1^{er} juin 2006 de la volonté d'acteurs mutualistes de petite et moyenne taille de s'unir pour faire valoir leurs stratégies de présence et de développement dans la reconfiguration sans cesse mouvante du paysage mutualiste et assurantiel. Début 2012, soit 5 ans après sa création, l'ADPM travaille avec une centaine de Petites et Moyennes Mutuelles et groupements mutualistes. Il s'agit essentiellement de mutuelles exerçant une activité non-vie (santé) avec pour certaines d'entre elles, des activités prévoyance et livre III du code de la Mutualité.

Entrée en fiscalité

La fiscalisation progressive a été étendue aux deux composantes de la Contribution Economique Territoriale (qui a remplacé la Taxe Professionnelle en 2010), la contribution sur la valeur ajoutée des entreprises, dont l'application interviendra à compter de 2013 à hauteur de 40 % de la valeur ajoutée produite, puis de 60 % en 2014, et la contribution foncière des entreprises, dont la base sera également réduite en 2013 et 2014 dans les mêmes proportions. Les mutuelles pourront constituer une réserve de solvabilité dont les dotations pourront réduire

leur résultat fiscal imposable de 60 % en 2012 et de 40 % en 2013. La mise en œuvre de ces principes se traduit par l'obligation d'établir un bilan fiscal d'ouverture du premier exercice fiscalisé faisant apparaître le patrimoine des organismes concernés à la date du 1^{er} janvier 2012 (donc, sur la base des comptes de l'exercice 2011), valorisé à la valeur vénale.

Communication

- Publicités cinéma : Unimutuelles a décidé de communiquer par le biais de 3 spots de 20 secondes aux cinémas de La Guerche de Bretagne, Vitré, Cap Malo La Mézière, Montfort sur Meu, Montauban de Bretagne, Saint Méen Le Grand, Fougères et Saint Hilaire du Harcouet,
- Community Manager : nous avons fait appel à une personne pour animer nos comptes sur les réseaux sociaux (particulièrement Facebook, avec la création de l'avatar Chloé Kermadec) et nous aider dans l'écriture d'articles pour le site Internet,



Chloé Kermadec, l'avatar Unimutuelles

- Amélioration du référencement : nous avons poursuivi la conception d'articles avec des mots clés pour améliorer la sortie de notre site Internet dans les moteurs de recherche.
- Sponsoring : Unimutuelles est devenu partenaire de plusieurs clubs sportifs car le sport est un moyen de prévention de la santé. Il s'agit

du FIB 35, association de 3 clubs de badminton sur Saint Grégoire, Chavagne et Pacé et du Véloce Volley Ball à Saint Grégoire. Nous sommes également partenaire du Club de Football de Rannée et des clubs de badminton de Saint Méen le Grand et Chateaubourg.

2012 a été l'année :

- D'un audit des besoins (tant défensifs qu'offensifs)
- De la recherche de partenaires de tailles similaires, partageant la même éthique et recensant les mêmes besoins. Le 1^{er} choix s'est porté sur la Mutuelle Médico-Chirurgicale de Vesoul, la Mutuelle des Pays de Vilaine, la MFTEL et La Choletaise. La suite de la démarche se poursuivra en 2013.

Réflexion sur plusieurs dossiers

2012 aura été l'occasion d'entamer une réflexion sur plusieurs sujets d'avenir :

- La carte multifonction** : d'ici peu, il sera possible de disposer d'une carte mutualiste avec puce électronique permettant de nouvelles fonctionnalités et notamment une gestion des droits en temps réel. Véritable outil de gestion et de confort pour l'adhérent, elle permettra d'accélérer les flux d'échanges entre Organismes Sociaux, Organismes Complémentaires, Prestataires de Santé et Adhérents.
- Comparethic** : c'est un comparateur de mutuelles éthiques qui pourrait être une réponse à l'émergence et à l'essor de pseudo-comparateurs sur Internet qui ne font ressortir dans les résultats de la recherche que les organismes finançant le site.

Capital décès

Nous avons orchestré une refonte du contrat UNPMF sur le capital décès (qui est versé pour un grand nombre de garanties en cas de décès avant 65 ans) pour une uniformisation des cotisations entre les trois Sections (Brocéliande Mutualité, Pays du Granit et Pays des Marches de Bretagne).

Un appel d'offre a été lancé et c'est l'UNPMF-MUTEX qui a conservé le contrat.

Changement de Commissaire aux Comptes

Suite au départ à la retraite de Monsieur François DY, son remplacement a eu lieu par le Commissaire aux Comptes Suppléant, à savoir le cabinet GEIREC (en la personne de Madame Joëlle SABOT aidée par Monsieur Didier DENIEUL). Le choix s'est porté sur Monsieur Claude ROUSSEAU du Cabinet CHESNEAU et Associés comme Commissaire aux Comptes Suppléant. L'Autorité de Contrôle Prudentiel a validé ces choix.

Cambriolage Saint Grégoire



Cambriolage à Saint Grégoire

Unimutuelles a été victime en mars 2012 d'un cambriolage durant lequel un stock nouvellement constitué de chèques repas a été dérobé. Du mobilier et surtout la porte arrière et l'alarme ont été détériorés.

Adhésion au conventionnement hospitalier

Nous nous sommes inscrits dans le conventionnement hospitalier afin de faire limiter par la Mutualité Bretagne le tarif des chambres particulières en Bretagne ou leur augmentation.

Gestion des Relations Humaines

D'importants mouvements de personnel ont eu lieu ou se sont amorcés en 2012 :

- Départ de Madame Ghislaine MERIENNE (licenciement pour incapacité de reclassement suite à invalidité, en mai),
- Départ de Madame Béatrice ZIELINSKI (Démission pour rapprochement familial, en juin),
- Départ temporaire de Madame Alexandra SAINT HONORE (congé maternité, en septembre),
- Départ de Monsieur Yves-Marie FOUILLARD (rupture conventionnelle, en décembre),
- Arrivée de Mademoiselle Maïwenn ANGOT (en décembre),
- Départ de Mademoiselle Odile BASLE (officiellement le 31/01/2013 mais absence dès la mi-décembre 2012),
- Arrivée de Mademoiselle Pauline BEAUGENDRE (en octobre),
- Arrivée de Mademoiselle Alexandra GICQUIAUX (en septembre),
- Départ temporaire de Madame Sylvie DERSEL (maladie, dès février).

Labellisation pour Agents territoriaux

Les agents territoriaux peuvent désormais bénéficier d'une participation de leur employeur à la complémentaire santé sous deux formes :

- Les contrats labellisés individuels : ce sont des contrats individuels proposés par les complémentaires santé qui, comme l'a fait Unimutuelles avec le cabinet Actelior, ont fait labelliser plusieurs garanties par un organisme labellisateur officiel. La labellisation a été obtenue le

18 décembre 2012 par Unimutuelles pour les garanties Idéale, Idéale Plus et Idéale Maxi. Les agents dans ce cadre restent libres de souscrire individuellement un contrat ou d'adhérer à une mutuelle de leur choix. Seuls les contrats labellisés ouvriront droit à la participation financière de l'employeur. Si la collectivité décide de participer financièrement et d'opter pour la labellisation, elle doit financer tous les contrats labellisés, et ne peut faire un choix entre plusieurs contrats.



- La convention de participation : Les employeurs qui optent pour cette procédure concluent une convention de participation d'une durée de 6 ans avec une mutuelle après mise en concurrence. L'offre retenue est proposée à l'adhésion individuelle et facultative des agents de la collectivité. Seuls les contrats souscrits auprès de l'opérateur retenu pourront bénéficier de la participation de l'employeur. La collectivité qui décide de contribuer financièrement à la protection sociale complémentaire de ses agents a le libre choix pour chaque type de risques (santé ou prévoyance) entre la labellisation ou la convention de participation. Si elle décide de participer au financement d'un seul risque (santé ou prévoyance), elle peut opter pour la labellisation ou le conventionnement. Elle ne peut pas pour le même risque mettre en œuvre la labellisation et le conventionnement. Si elle décide de participer au financement des deux risques, elle peut décider de choisir

la labellisation pour chaque risque, de choisir le conventionnement pour chaque risque ou de labelliser un risque et de conventionner un autre.

Congrès de Nice FNMf

Le congrès de la FNMf qui a lieu tous les 3 ans s'est tenu à Nice sur 3 jours en octobre 2012. Y ont participé Madame Bernadette Ramel, Messieurs Germain Doki, Pierrick Hervé, Jean-Paul Perronnerie et Patrice Provot.

Comptes annuels

Les comptes annuels de l'exercice 2012 d'Unimutuelles, soumis à l'approbation du Conseil d'Administration du 28 mars 2013 puis à l'Assemblée Générale du 18 avril 2013, ont été établis dans les mêmes formes et selon les mêmes méthodes que les années précédentes. A la demande des instances qui souhaitent la plus grande transparence, le Cabinet CAFEX établit les comptes annuels suivant les anciennes normes comptables.

Après validation des affectations par nature, les charges et produits de la classe 9 font l'objet de déversements pour une présentation des comptes normalisés aux instances de la mutuelle et l'envoi d'un dossier conforme au Système Fédéral de Garantie (SFG) et à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Résultats pour l'exercice 2012

L'exercice 2012 fait apparaître un résultat net excédentaire de 155 899 €.

Résultats fiscaux pour l'exercice 2012

Désormais assujettie à l'Impôt sur les Sociétés, un résultat fiscal doit être calculé. L'exercice 2012 fait apparaître un résultat fiscal avant Impôt sur les Sociétés de 182 395 €.

Affectation des résultats de l'exercice 2012

Le résultat est affecté à la classe 1 à la clôture du bilan.

Création et alimentation d'une réserve spéciale de solvabilité

Une réserve spéciale de solvabilité est créée, alimentée par 60 % du résultat fiscal avant Impôt sur les Sociétés, c'est-à-dire de 109 437 €.

Alimentation de la réserve de solvabilité

Le solde du résultat comptable diminué du résultat fiscal avant Impôt sur les Sociétés est affecté à la réserve de solvabilité, c'est à dire 46 462 €.

Le montant de la réserve de solvabilité devant être porté en 2012 de 1 800 000 € à 1 900 000 €, une somme de 53 538 € est transférée de la réserve libre à la réserve de solvabilité.

Prise de participation

Néant.

Transfert de portefeuille

Néant.

Substitution, comptes combinés et Groupe

Néant.

Cotisations encaissées par Unimutuelles et reversées aux organismes tiers en 2012

Garanties	Organismes	TOTAL
Décès	UNPMF - 255 rue Vaugirard à Paris - RNM 442 574 166	102 924 €
Assistance	RMA - 1 bis rue Julien Videment à Nantes - RNM 444 269 682	51 178 €

RMA = Ressources Mutuelles Assistance.

UNPMF = Union Nationale de Prévoyance de la Mutualité Française.



Réassurance

Unimutuelles ne couvre pas de risque en réassurance ni en substitution, de même que la mutuelle n'est pas réassurée pour les risques des branches 1, 2 et 20 pour lesquels elle a obtenu l'agrément.

Unimutuelles intègre dans ses contrats standards des garanties, dont les risques sont portés par d'autres organismes mutualistes, pour lesquels elle encaisse et reverse l'intégralité des cotisations, et en particulier pour assurer le versement de capitaux décès ou donner accès aux adhérents à un service assistance. Unimutuelles ne traite pas les dossiers relatifs à ces contrats ; les bénéficiaires s'adressent directement à l'organisme assureur :



Papier recyclé

Activité accessoire

Unimutuelles diffuse également des produits pour lesquels elle n'a pas agrément, dans le cadre d'un partenariat mutualiste avec l'Union Nationale de Prévoyance de la Mutualité Française dite MUTEX, immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le N° 442.574.166. Les indemnités de promotion perçues pour cette activité sont de 20 613 € ce qui représentent 0,25 % du total des produits d'exploitation de la Mutuelle. A noter que MUTEX S.A. assure la gestion totale de l'activité technique dont elle « porte le risque ».

Fin 2010, Unimutuelles avait signé une nouvelle convention de partenariat avec l'UNMI (Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle), dans le cadre d'une reprise de contrats pour lesquels l'UNPMF n'était plus

en mesure d'en assurer la gestion. L'UNMI est une Union du livre II du Code de la Mutualité, créée en 1929, enregistrée sous le N° 7847 18207, dont le siège social est situé au 21 rue Laffitte 75009 à Paris. En 2012, Unimutuelles a accentué la collaboration avec l'UNMI, tant sur la mise en place de contrats de prévoyance collective, que sur la proposition et le développement de prestations individuelles en indemnités journalières, garantie hospitalisation ou autre Capital Transmission.

Adhésion aux Unions et Fédérations

Unimutuelles adhère à la Mutualité Française, à l'Union Régionale Bretagne ainsi qu'à la Mutualité Française d'Ille-et-Vilaine ; ces organismes perçoivent les cotisations

fédérales et fédératives statutaires. Unimutuelles adhère et cotise également à l'UNPMF et à l'UNMI pour la prévoyance complémentaire, ainsi qu'au FOFAM (pour la formation des administrateurs) et à l'UGEM au titre d'employeur mutualiste. Par ailleurs, Unimutuelles adhère au dispositif « Sésame Vitale » de la Mutualité Française, au dispositif national dit « Priorité Santé Mutualiste », ainsi qu'aux Solidaires de la Santé, et à l'association des professionnels solidaires, dans le cadre d'une mise en conformité avec la « loi Madelin », ainsi qu'à l'Association Diversité Proximité Mutualiste.

Le total des cotisations versées en 2012 à ces organismes était de 86 025 €.

Fonctions exercées par les élus en 2012

Composition du Conseil d'Administration après élections du 15 novembre 2012

Prénoms Noms	Fonctions	Date de naissance
Jean Paul PERRONNERIE	Président	05/12/52
Pierrick HERVE	1 ^{er} Vice-Président	15/06/55
Bernadette RAMEL	2 ^{ème} Vice-Présidente	18/08/56
Germain DOKI	3 ^{ème} Vice-Président	24/08/55
Michel CARISSAN	Trésorier	07/10/49
André BRARD	Trésorier Adjoint	20/08/45
Gérard JOUAN	Secrétaire	21/06/48
Joseph FAUCHEUX	Secrétaire Adjoint	21/03/46
Alain VAILLANT	Membre du Bureau	28/07/52
Marie-Thérèse SOUVESTRE	Membre du Bureau	22/04/42
Gérard BOHANNE	Membre	07/08/37
Alain CASAGRANDE	Membre	22/01/42
Annick COSTENTIN	Membre	22/06/49
Danièle FAUVEL	Membre	03/09/46
André GOUPIL	Membre	10/05/45
Janine LAUNAY	Membre	31/10/47
Yann LEBOSSETIER	Membre	29/04/59
Louis MASSE	Membre	12/03/50
Marie Annick RAMEL PELLAN	Membre	05/07/46
Paul SAUX	Membre	31/05/40
Jean TROADEC	Membre	03/03/51
Alain VAILLANT	Membre	28/07/52

Conformément aux obligations du nouveau Code de la Mutualité, les membres du Conseil d'Administration d'Unimutuelles, élus ou réélus lors de l'Assemblée Générale d'octobre 2012, ont fait l'objet d'une demande d'extrait N° 3 du casier judiciaire (les extraits portaient la mention néant pour tous les Administrateurs). Le renouvellement du tiers sortant est planifié pour l'Assemblée Générale de fin 2014, après l'élection des délégués des Sections, conformément aux statuts et règlements.

Unimutuelles respecte les dispositions du Code de la Mutualité sur l'âge des membres du Conseil, puisqu'il n'y avait que 4 administrateurs à avoir atteint l'âge de 70 ans lors du dernier renouvellement. Il conviendrait toutefois d'améliorer l'équilibre de parité (hommes/femmes), car sur 21 membres, seulement 6 femmes (28 %) siègent au Conseil d'Administration de la Mutuelle, alors que nous sommes proches de la parité dans les Commissions Locales.

Unimutuelles est structurée en Sections, afin d'impliquer les adhérents dans la vie du mouvement mutualiste, en fonction du contrat d'appartenance à la mutuelle. Chaque Section dispose de son Conseil de Gestion, ainsi que de Commissions et d'une Assemblée Générale annuelle, en référence au règlement intérieur de la mutuelle. Chaque Président(e) de Section siège au bureau d'Unimutuelles.

En 2012, les élus d'Unimutuelles ont consacré 1 150 heures de bénévolat :

- 409 heures en Conseil d'Administration,
- 211 heures en réunions et travaux sur le contrôle interne,
- 530 heures en Commissions de Gestion, Assemblées Générales et Commissions Sociales.

Les autres réunions ponctuelles des élus bénévoles et participations aux sessions de formations ne sont pas comptabilisées.

Indemnisation des élus et dirigeants

Outre leur fonction d'administrateur de la mutuelle, certains membres du Conseil d'Administration exerçaient d'autres mandats en 2012 pour lesquels ils représentaient directement ou indirectement Unimutuelles. Pour l'exercice de ces mandats, la mutuelle n'a versé aucune indemnisation aux élus cités ci-dessous :

Monsieur Gérard JOUAN :

- Président de l'Association des personnes en invalidité (AMBPI),
- Membre du Conseil de Développement du Pays de Brocéliande.

Monsieur Germain DOKI :

- Président de la Section des Marches de Bretagne,
- Membre du Bureau de l'UD35,
- Administrateur de la Mutualité Française Bretagne,
- Membre du Comité Régional de la Mutualité en Entreprise,
- Membre du comité mutualiste de prévention,
- Membre de l'association humanitaire « l'arbre du voyageur ».

Madame Bernadette RAMEL :

- Présidente de la Section Brocéliande Mutualité.

Monsieur Pierrick HERVE :

- Président de la Section Pays du Granit,
- Président de l'association mutualiste « Des Rocs et des Hommes ».

Madame Marie-Thérèse SOUVESTRE :

- Représentante d'Unimutuelles au « Bistrot Mémoire ».

Monsieur Paul SAUX :

- Vice Président de l'AMBPI,
- Représentant Unimutuelles dans les relations externes.

Monsieur Michel CARISSAN :

- Membre du Comité de Surveillance de la Mutualité Française Bretagne.

Monsieur Joseph FAUCHEUX :

- Représentant Unimutuelles dans les relations externes.

Au cours de l'année 2012, les administrateurs d'Unimutuelles n'ont perçu aucune indemnisation autre que les remboursements de frais.

Les frais occasionnés par les réunions et sessions de formations externes ont été pris en charge intégralement par d'autres organismes mutualistes.

Conformément à la délibération des instances, les indemnités de déplacements versées aux administrateurs et aux membres des commissions en 2012 ont été calculées sur la base de 0,50 Euros par kilomètre parcouru dans le cadre de l'exercice de leurs missions (Commissions, Audit Interne, Représentations, Formations, Conseils...). Pour l'année 2012, le total des remboursements de frais de déplacements versés aux élus bénévoles s'élève à 11 420 €.

Aux frais liés à l'activité statutaire, se sont ajoutées les dépenses de réceptions et réunions pour un montant total de 10 600 €. Il s'agit principalement de factures d'hébergement, de restauration et plateaux repas, de locations de salles et frais liés à l'activité statutaire de la Mutuelle.

Chaque année, tous les adhérents sont conviés aux Assemblées Générales de leur section d'appartenance. Les membres élus participent aux Commissions de Gestion, Commissions Statutaires et Sociales, groupes de travail, actions de prévention... A ces réunions s'ajoutent les Conseils d'Administration, et les Assemblées Générales d'Unimutuelles. Au total, la démocratie participative de la mutuelle, qui pratique une grande transparence, draine près de 1 000 personnes dans diverses réunions. Les

dépenses pour les frais d'Assemblées Générales s'élevaient à 13 159 € (le cumul des participations forfaitaires réglées par les adhérents étant de 3 375 €).

En référence à l'article L114-26 du nouveau Code de la Mutualité, Unimutuelles peut rembourser aux entreprises des pertes de salaires concernant des Administrateurs, ainsi que les frais de garde d'enfants pour l'exercice des mandats mutualistes. Les Administrateurs peuvent également solliciter le FOFAM, pour la prise en charge de frais de formation, après validation du dossier par la mutuelle.

Aucune demande de remboursement aux entreprises ou aux élus n'a été transmise à Unimutuelles, pour l'exercice 2012.

Le Directeur d'Unimutuelles a un statut de dirigeant salarié et bénéficie de la Convention Collective des organismes mutualistes et des accords d'entreprise. Le total des charges annuelles brutes de son poste en 2012 s'élève à 48 462 €, comprenant les salaires, charges sociales et avantages en nature déclarés pour un montant de 1 500 € (voiture de fonction).

Par délégation du Conseil d'Administration, le Directeur assume les responsabilités juridiques et financières de la Mutuelle dans toutes les fonctions qui ne font pas l'objet de restrictions formalisées dans le Code de la Mutualité, conformément à l'annexe 3 de la Convention Collective Mutualité. Pour ce faire, il a mandat pour engager toutes les dépenses de fonctionnement dont le montant n'excède pas 7 600 €. Chargé de la gestion de l'entreprise, il est tenu de rendre compte de l'activité et de l'exercice de ses mandats au Conseil d'Administration, de même qu'il doit faciliter la mise en œuvre du Contrôle Interne.

Pour chaque réunion de Section, de Conseil, d'Assemblée Générale, le

Directeur présente un dossier sur l'évolution de l'activité technique, le développement, les projets en cours et les problèmes qui concernent l'environnement de la mutuelle. Après chaque réunion, il est établi un Procès Verbal, soumis à l'approbation des élus. Les dossiers sont transmis au Commissaire aux Comptes pour information.

Délibérations sur les conventions réglementées

Au cours de l'exercice 2012, le Conseil d'Administration d'Unimutuelles a délibéré sur :

- La reconduction du remboursement des frais de déplacement des élus (transport, repas et hébergement) ainsi que le versement d'indemnités kilométriques calculées sur la base de 0,50 € du kilomètre,
- Les moyens mis à disposition de Monsieur Gérard JOUAN, et Monsieur Paul SAUX dans le cadre de l'activité de l'AMBPI (Association pour la Mutualisation des Bénéficiaires d'une Pension d'Invalidité).

Lutte contre le blanchiment

L'ordonnance 2009-104 du 30 janvier 2009 transpose la directive européenne relative à la Lutte Anti-Blanchiment et au Financement du Terrorisme. Les banques et entreprises d'assurance ont donc une obligation de vigilance graduée sur les flux de capitaux, en fonction des risques gérés.

Rappelons qu'Unimutuelles ne gère que les risques des branches et sous branches 1 et 2 ainsi que la branche 20 limitée à la garantie obsèques. Pour les autres produits distribués par l'UNPMF, Unimutuelles n'a pas d'habilitation sur la gestion des flux financiers. Les émissions et encaissements sont réalisés directement par l'organisme assureur.

Les flux techniques d'Unimutuelles ne concernent que les émissions de cotisations individuelles et collectives et les prestations justifiées par des dépenses de santé. Seuls quelques adhérents règlent leurs cotisations en espèces (quelques centaines d'euros au plus), la quasi-totalité des opérations est traitée par virements ou prélèvements.

Unimutuelles n'est donc pas concernée par les obligations de déclarations inhérentes à l'article L561-15 du Code Monétaire et Financier.

Toutefois, disposant de « l'agrément branche 20 », Unimutuelles est « identifiée TRACFIN » par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ce qui nous conduit à mettre en œuvre une procédure de vigilance spécifique, pour laquelle les personnes désignées sont :

- **Déclarant** : Patrice PROVOT, Directeur d'Unimutuelles,
- **Responsable** : Odile BASLE, Cadre technique,
- **Correspondant** : Marina MARGELY, Cadre RH et communication.

Intermédiation en assurance

Le champ d'intervention d'Unimutuelles se limitait en 2012 aux risques pour lesquels la Mutuelle a obtenu un agrément. Unimutuelles ne propose aucune garantie dite IARD (Incendie, Accident, Risques Divers). Pour les contrats de prévoyance proposés par UNPMF-MUTEX, l'activité d'Unimutuelles se limite à la diffusion de l'information ; les contrats sont enregistrés par l'organisme assureur qui se charge également de la gestion de l'activité technique. Par ailleurs, Unimutuelles n'a pas de convention ou accord avec d'autres organismes (assureurs ou courtiers) qui nécessiterait une immatriculation au registre des intermédiaires en assurances « ORIAS ».

Les honoraires versés en 2012

Au cours de l'exercice 2012, Unimutuelles a versé 90 796 € d'honoraires pour les fonctions ou prestations suivantes :

- Monsieur François DY : mission de Commissariat aux Comptes,
- Cabinet CAFEX : mission d'Expertise Comptable et Sociale,
- Cabinet HYACINTHE : mission d'Expertise Immobilière,
- SCENARII VIDEO ET MULTIMEDIA : Frais de création en communication,
- Cabinet BARTHELEMY : avocats,
- Altedia : cabinet de recrutement,
- Actélior : labellisation des contrats pour les agents territoriaux,
- Elan Créateur et Ebulistik : Accès et animation réseaux sociaux,
- BDCJ Consultant : Consultant,
- Cabinet DIARD : agence immobilière,
- Marcus PARTNERS-MAZARS : bilan d'entrée en fiscalité.

Valorisation du patrimoine

Nous avons fait appel à un expert foncier (rapport transmis à l'A.C.P.R.) pour l'évaluation des immeubles dont Unimutuelles est propriétaire (Montfort sur Meu, La Guerche de Bretagne, St Méen le Grand et Louvigné du Désert). Le rapport d'expertise quinquennal présenté aux instances d'Unimutuelles, a été validé par l'ACAM (Autorité de Contrôle des Mutuelles Assurances et Institut de Prévoyance) le 22 septembre 2006.

L'Autorité de Contrôle avait validé la modification du bilan pour un montant de 405 600 € avec une décote prudentielle de 20 %.

En fin d'année 2011, l'ACPR a demandé à Unimutuelles de changer d'expert immobilier, ce dernier ne pouvant exercer trop longtemps sa fonction auprès du même organisme. L'ACPR a validé l'expert Monsieur Jean François HYACINTHE et a demandé de

réaliser à nouveau, en 2011, une expertise immobilière complète. Celle-ci a été effectuée les 29 et 30 décembre 2011, et a fait état d'une estimation globale de 1 057 000 €, qui se décompose comme suit :

- Louvigné du Désert 40 000 €,
- La Guerche de Bretagne 400 000 €,
- Montfort sur Meu 200 000 €,
- St Méen le Grand 77 000 €,
- Saint Grégoire 340 000 €.

En 2012, une actualisation a été réalisée avec les correctifs suivants, eu égard aux difficultés du secteur immobilier :

- Louvigné du Désert 40 000 €,
- La Guerche de Bretagne 380 000 €,
- Montfort sur Meu 200 000 €,
- St Méen le Grand 70 000 €,
- Saint Grégoire 300 000 €.

La prochaine expertise quinquennale complète est planifiée pour 2016. Chaque année, l'expert immobilier procédera à une actualisation du patrimoine immobilier d'Unimutuelles.

Les biens inventoriés sont des locaux utilisés par Unimutuelles. Toutefois, les immeubles cités comportent 4 logements, et un local commercial mis en location restrictive.

A noter que les bureaux d'Unimutuelles situés à Vitré et Fougères sont en location.

Les ressources humaines

Unimutuelles s'adapte progressivement aux évolutions techniques, ainsi qu'aux nouvelles obligations dites de « Solvabilité II » tout en maintenant un service de qualité et de proximité pour ses adhérents. L'audit réalisé en 2009 montre que, sur un échantillon représentatif, 96 % des adhérents sont satisfaits ou très satisfaits d'Unimutuelles.

Effectifs salariés	31 décembre 2010	31 décembre 2011
Nombre	19 personnes	21 personnes
E P T (équ. plein temps)	16 E P T	20 E P T

Sous la responsabilité du directeur d'Unimutuelles, entouré de 2 cadres de direction, les salariés assurent une permanence de service dans les 7 bureaux sur le département d'Ille-et-Vilaine avec une implantation proche des Mutualistes :

- 1 bureau à Louvigné avec 1 salariée à temps partiel,
- 1 bureau à St Méen avec 2 salariées (1 à temps partiel),
- 1 bureau à La Guerche avec 1 salariée,
- 1 bureau à Montfort avec 2 salariées (1 à temps partiel),
- 1 bureau à Vitré avec 2 salariés (1 à temps partiel),
- 1 bureau à Fougères avec 1 salarié,
- 1 bureau à Saint Grégoire avec 11 salariés (dont 2 à temps partiel).



A noter que nous avons dû modifier temporairement la répartition des tâches en raison d'un arrêt maladie de longue durée et d'un congé parental. En 2012, il y a eu des charges d'intérim pour un poste de conseiller et de gestionnaire de groupes.

La situation du personnel laisse apparaître une augmentation du nombre de salariés mais celle-ci est due au tuilage entre salariés. En effet deux salariés ont quitté Unimutuelles au 31/12/12 et au 31/01/13 mais leurs remplaçants ont intégré l'effectif avant leur départ pour permettre un transfert optimal des informations.

Depuis de nombreuses années, la mutuelle a procédé à des recrutements et des remplacements, en tenant compte de la pyramide des âges, ce qui fait que la moyenne d'âge du personnel en CDI en 2012 était de 40 ans. L'équilibre de répartition des tranches induit une continuité opérationnelle puisqu'il n'y aura pas de départs massifs au cours des dix prochaines années, contrairement à la plupart des organismes qui exercent une activité similaire.

Sur le chapitre du niveau de compétence du personnel, les recrutements depuis plus de 10 ans se font à « BAC + 2 » et les salariés sont fortement incités à suivre les formations qui leur sont proposées dans le cadre d'une professionnalisation ; en 2012, la mutuelle a financé les formations individuelles pour un montant de 28 606 €. Certaines formations ont fait l'objet d'une prise en charge totale ou partielle par Unimutuelles, organisme référencé par la Mutualité à qui nous avons versé une cotisation annuelle de 7 432 €.

L'effectif au 31 décembre 2012, mentionné ci-dessus comprend 3 absences prolongées, dont un arrêt de maladie de plus d'un an, un congé de maternité et un congé parental d'éducation.

35 h répartis sur 4,5 jours plein temps, les salariés bénéficient également d'une dotation de l'entreprise de 1,4 % de la masse salariale pour les œuvres sociales, ainsi que de chèques repas financés à 60 % par Unimutuelles.

Classifications et rémunérations annuelles des salariés

(base temps plein-décembre 2012)

Classification du personnel	Nbre de personnes	Salaire brut de base
Catégorie Direction (Cat. D)	1 salarié	46 837,06 €
Catégorie Cadre (Cat. C1)	2 salariés	28 626,27 €
Catégorie Technicien (Cat. T2)	1 salariée	26 240,79 €
Catégorie Employé 1 ^e (Cat. E4)	4 salariés	21 582,03 €
Catégorie Employé 2 ^e (Cat. E3)	13 salariés	19 962,40 €

Au salaire brut de base, s'ajoutent les primes conventionnelles (expérience et choix) ainsi que la prime de transposition de l'ancienneté dans la nouvelle grille de la Convention Collective, conformément aux obligations relatives à l'accord étendu par arrêté du 17 août 2001.

Les salariés d'Unimutuelles bénéficient par ailleurs d'autres avantages, et en particulier du régime de prévoyance et de retraite complémentaire conventionnel, ainsi que d'une couverture complémentaire santé dont la cotisation est de 3,49 % du salaire brut, à laquelle l'entreprise abonde à hauteur de 60 %. Outre des congés supplémentaires et l'accord

En 2012, l'organisation de l'activité a été affectée par un arrêt de maladie de longue durée, un congé parental d'éducation, un congé maternité, le départ d'un salarié par rupture conventionnelle ainsi que des reprises de postes qui au total ont mobilisé l'équivalent d'un ¼ de poste en formations internes.

La délégation unique du personnel, mise en place au 8 décembre 2009, est composée d'une titulaire et d'un suppléant. Elle se réunit environ une fois par mois et traite des sujets du ressort de la Délégation du Personnel, du Comité d'Entreprise, et du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de travail.

Evolution de la répartition des effectifs salariés d'Unimutuelles

Répartition	31 déc. 2010	31 déc. 2011	Evolution/N-1
Nombre d'hommes	7	6	- 1
Nombre femmes	14	15	+ 1
Nombre cadres	3	3	=
Non cadre	18	18	=
CDI	18	19	+ 1
CDD	1	2	+ 1

L'évolution intègre les entrées et sorties liées aux remplacements et CDD

Le projet « Unimutuelles 2012 », adopté par les élus, fait une large place à la réorganisation technique, avec la création d'un centre technique implanté à St Grégoire, celle-ci va de paire avec un regroupement de compétences et une montée en charge des professionnalisations...

Evolution des effectifs adhérents

Depuis le regroupement des « Mutuelles de Pays » au sein d'Unimu-

tuelles, le nombre de personnes protégées est passé de 16 658 à 18 169 mutualistes (dont 353 en surcomplémentaire) soit une progression de 9 %.

Unimutuelles a enregistré en 2012 une chute d'effectif inhabituelle, essentiellement en raison des accords de branches qui génèrent un nombre croissant de radiations imposées aux adhérents. L'année 2012 aura été particulièrement marquée par ce phénomène comme en atteste l'accord de branche sur les aides à domicile. Particulièrement présente en milieu rural, Unimutuelles avait en contrats individuels de nombreuses aides ménagères qui ont quitté les effectifs essentiellement au 1^{er} février 2012. En outre, l'effet de crise a continué à produire des mouvements d'effectifs significatifs sur les contrats individuels et collectifs, avec des radiations pour incapacité financière à payer les cotisations.

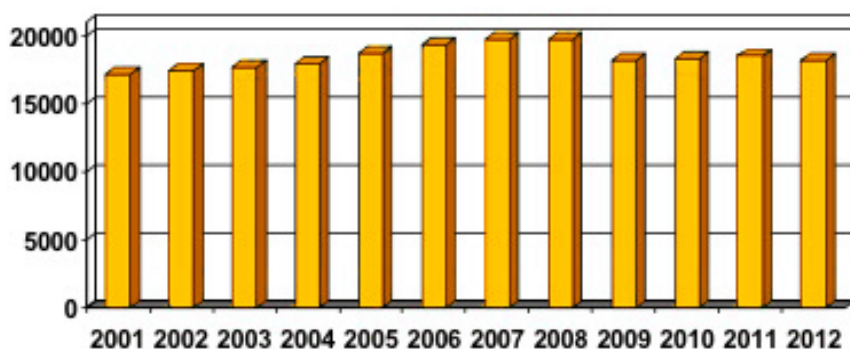
Les radiations imposées sur les 3 dernières années

PROGRESSION DES EFFECTIFS	Année 2010	Année 2011	Année 2012
Mutuelles obligatoires adhérents	328 PP	320 PP	450 PP
Mutuelles conjoints	100 PP	214 PP	284 PP
Radiation ou transfert du groupe	78 PP	330 PP	44 PP

PP : personnes protégées

DIMINUTION DES EFFECTIFS	Total 2010	Total 2011	Total 2012
Total radiations imposées	506 PP	864 PP	778 PP

Evolution du nombre de personnes affiliées à Unimutuelles



Sur la reprise du développement amorcée en 2010, on notera en particulier que les plus fortes progressions concernent les garanties « Base », avec 66 personnes protégées, « Idéale 100 % », avec 164 personnes protégées, « Idéale Jeunes », avec 956 personnes protégées au 31 décembre 2012. Les garanties spécifiques ont également accentué le développement : + 8 % pour la garantie « régime 120 ». Ce développement s'opère au détriment des garanties « standard » (Idéale Santé, Idéale Plus et Idéale Maxi), essentiellement pour des raisons économiques et des ruptures de contrats collectifs.

Les mouvements significatifs par produits entre 2011 et 2012

Progression des Effectifs	Déc. 2010	Déc. 2011	N/N-1
Garantie Idéale Jeune	875 PP	956 PP	+ 81 PP
Garantie Idéale Invalidité	1 597 PP	1 730 PP	+ 133 PP
Garantie Idéale	1 585 PP	1 629 PP	+ 44 PP
Garantie Idéale 100 %	148 PP	164 PP	+ 16 PP
Garantie Base	51 PP	66 PP	+ 15 PP

Diminution des Effectifs	Déc. 2010	Déc. 2011	N/N-1
Garantie Idéale Plus	9 091 PP	8 716 PP	- 375 PP
Garantie Idéale Maxi	2 384 PP	2 112 PP	- 272 PP

A noter une poursuite des radiations sur la garantie Idéale Plus et une reprise du développement sur les garanties Idéale et Idéale Jeunes depuis les évolutions votées par les instances sur préconisation du Comité d'Audit.

Au 31 décembre 2012, 55,61 % des mutualistes étaient affiliés par le biais d'un contrat individuel alors que 40,87 % étaient inscrits dans un contrat collectif ; les autres adhérents (3,42 %) bénéficiaient de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (323 personnes protégées) ou de l'Aide à la Complémentaire Santé appelée également « crédit d'impôt ou chèque santé » (pour 442 personnes protégées, dont 163 affiliés par le biais de l'AMBPI).

Modification des prestations et contrats mutualistes en 2012

Après débats et concertations en groupes de travail et en Comité d'Audit, et adoption par le Conseil d'Administration, l'Assemblée Générale d'Unimutuelles du 25 octobre 2011 a délibéré sur des améliorations et modifications de prestations, ainsi que sur l'adaptation des garanties, avec effet au 1^{er} janvier 2012 pour les prestations suivantes :

Optique : Pour l'ensemble des garanties prévoyant des prestations supplémentaires pour l'optique, il a été mis en place, à compter du 1^{er} janvier 2012, un supplément de responsabilisation, versé à l'adhérent si celui-ci n'a pas changé son équipement optique depuis au moins deux ans.

Dentaire : Les prestations supplémentaires concernant les prothèses dentaires refusées et les piliers d'implants ont été limitées à un acte par dent, dans les garanties incluant ces prestations.

Médecines douces : Les consultations de nutritionnistes et de naturopathes ont été ajoutées au panel des pratiques prises en charge dans le cadre des « Médecines Douces », pour l'ensemble des garanties offrant cette prestation.

Prévention : Depuis le 1^{er} janvier 2006, et en référence aux textes de lois et décrets, toutes les garanties gérées par Unimutuelles ont été mises en conformité avec les obligations des « contrats responsables », qui favorisent la prise en charge des dépenses de santé dans le parcours de soins coordonné (avec médecin traitant). Une liste exhaustive d'actes de prévention considérés comme prioritaires font également partie de ces obligations et sont donc intégrés dans tous les contrats d'Unimutuelles.

Décès : La garantie obsèques, plafonnée à 763 € a été reconduite pour une année par décision d'Assemblée Générale, conformément aux dispositions prévues par l'article 33 du Règlement Mutualiste (prestation non viagère qui relève de la « branche 20 »).

Evolution des suppléments hospitaliers

Outre la prise en charge du ticket modérateur, Unimutuelles rembourse le forfait journalier hospitalier, ainsi que le forfait soins coûteux de 18 € ; à ces prestations vient s'ajouter le supplément chambre particulière qui augmente chaque année...

Exemples de suppléments journaliers pour chambres seules en Etablissements privés

Etablissements	Tarifs 2009	Tarifs 2012	Augmentations
CHP Saint Grégoire	51 €	55 €	+ 8 %
CHP Saint Grégoire Grand Confort	85 €	95 €	+ 12 %
La Sagesse Rennes	40 €	43 €	+ 7,5 %

Rappel relatif au « parcours de soins »

La réforme de l'Assurance Maladie et les conventions qui ont suivi rendent la compréhension tarifaire complexe pour les soins de ville. Ainsi, le parcours de soins coordonné induit une uniformisation des pratiques avec une retenue forfaitaire de 1 €. Le patient peut toutefois consulter directement un ophtalmologue, un gynécologue ou un autre spécialiste chargé d'un suivi médical chronique ou de longue durée.

La tarification et le niveau de couverture du régime obligatoire et de la mutuelle varient en fonction des situations (dans ou hors parcours de soins, secteur 1 ou 2, plus ou moins de 16 ans, dérogation pour certaines spécialités, majoration pour d'autres...).

Exemples de remboursements avec un médecin traitant

Praticiens	Honoraires	Sécu. Soc.	Mutuelle	Non remboursé
Généraliste conventionné S1	23 € (C simple)	15,10 €	6,90 €	1 €
Spécialiste conventionné S1	23 € (CS simple)	15,10 €	6,90 €	1 €
Gynécologue Ophtalmologue	28 € (C accès direct)	18,60 €	8,40 €	1 €
Psychiatre (16 à 25 ans)	34,3 € (accès direct)	23,01 €	10,29 €	1 €
Spécialiste secteur 2	Honoraires libres	15,10 €	6,90 € +...	Variable

En cas de refus d'adhésion au protocole de parcours de soins coordonné (pas de médecin traitant), le patient consulte n'importe quel praticien de sa propre initiative, ce qui implique une double pénalité. Dans ce cas, le médecin prend un supplément d'honoraires et la Sécurité Sociale diminue son taux de prise en charge.

Exemples de remboursements en 2012 si refus de « médecin traitant »

Praticiens	Honoraires	Sécu. Soc.	Mutuelle	Non remboursé
Généraliste convention. S1	23 € (C simple)	5,90 €	6,90 €	12,80 €
Spécialiste secteur 2	Honoraires libres	5,90 €	6,90 € +...	De 2,30 € à...

Hors parcours de soins, la prise en charge du supplément varie avec la garantie ; dans ce cas la part non remboursable est de 8 €.



Résolutions relatives aux cotisations 2012

L'Assemblée Générale du 25 octobre 2011 a adopté le budget présenté et les tableaux de cotisations « individuels » et groupes spécifiques qui ont été appelées pour les échéances de l'année 2012. Ces cotisations comprennent :

- Le montant correspondant aux risques gérés en branches 1 et 2,
- Les charges induites par les améliorations et transferts,
- La cotisation complémentaire pour la garantie obsèques,
- La taxe C.M.U. de 6,27 % (Couverture Maladie Universelle),
- La Taxe Spéciale sur les Contrats d'Assurance de 7 %,
- Les cotisations reversées pour les garanties décès et assistance,
- Les cotisations reversées aux Unions et Fédérations,
- Les frais de fonctionnement inhérents à l'activité.

Les particularités des cotisations 2012 étaient les suivantes (suite aux délibérations des Sections et du Conseil d'Administration) :

- Transformation de la tranche 71 ans en une tranche « 71-74 ans », dans les cotisations statutaires,
- Création d'une nouvelle tranche « 75-79 ans », dans les cotisations statutaires,
- Création d'une nouvelle tranche « 80-84 ans », dans les cotisations statutaires,
- Création d'une nouvelle tranche « 85 ans et plus », dans les cotisations statutaires,
- Augmentation de 5 % (glissement compris) pour les garanties Idéale 100 %, Idéale et Idéale Jeunes,
- Augmentation de 6.5 % (glissement compris) pour les garanties Base, Base plus et Idéale Eco,
- Augmentation de 9 % (glissement compris) pour les garanties Idéale Santé, Idéale Plus, Idéale Maxi et la Surcomplémentaire Presta+,
- Augmentation de 4,5 % pour toutes les cotisations enfants.

Tous les adhérents individuels se sont vu appliquer un « glissement de tranche » au 1^{er} janvier 2012, en référence aux grilles tarifaires soumises à l'approbation de l'Assemblée Générale, à l'exception de la tranche 99.

Analyse statistique de l'activité technique d'Unimutuelles en 2012

L'analyse porte sur les éléments statistiques de décembre 2012

Éléments statistiques	Année 2011	Année 2012	Variation	Evolution
Cotisations encaissées	8 380 547 €	8 816 967 €	+ 436 420 €	+ 5,20 %
Prestations réglées	6 317 778 €	6 286 284 €	- 31 494 €	- 0,5 %

Tableaux de bord de l'activité technique de décembre

Sur l'année 2012, Unimutuelles a traité 261 087 prestations (6 003 de moins qu'en 2011) pour l'ensemble des bénéficiaires affiliés, dont 155 402 réglées aux praticiens et aux Établissements de soins et 105 685 réglés aux adhérents.

Sur l'année 2012, Unimutuelles a réglé 3 879 532 € aux praticiens et aux Établissements de soins (soit 1,36 % de plus qu'en 2011) dans le cadre de procédures de subrogations pour des dépenses de santé des adhérents.

Remarque : 95 % des dossiers traités au cours de l'année 2012, ont fait l'objet de demandes de tiers ou d'échanges de données informatisées, sans que l'adhérent ait à solliciter la mutuelle pour obtenir la prise en charge de ses dépenses de santé.

Evolution du coût du risque Unimutuelles

Evolution risque moyen par personne protégée entre 2011 et 2012	Coût Moyen 2011	Coût Moyen 2012
Coût moyen par personne	347,21 €	351,08 €

La dérive du coût du risque moyen par personne protégée est de 20 % sur 5 ans. Le coût du risque moyen a été relativement stable avec une augmentation de + 1,1 % par rapport à 2011.

L'évolution par poste est la suivante : Evolution du risque par garanties élémentaires de 2011 à 2012

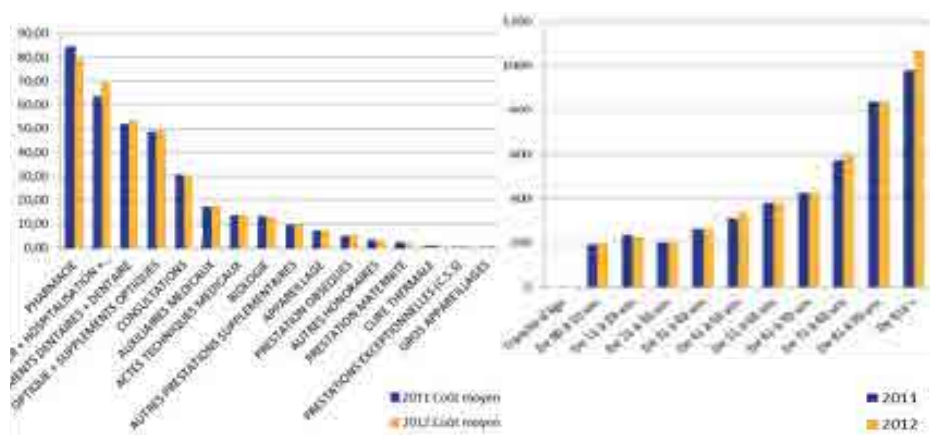
(hors surcomplémentaire)

	2011	2012	Evolution
	coût moyen	coût moyen	
Pharmacie	84,04	79,13	- 5,85 %
Forfait journalier + Hospitalisation + Suppléments hospitaliers	63,02	69,13	9,70 %
Suppléments dentaires + Dentaire	51,84	53,42	3,06 %
Optiques + Suppléments optiques	48,88	49,19	0,63 %
Consultations	30,31	29,24	- 3,55 %
Auxiliaires médicaux	16,84	17,11	1,61 %
Actes techniques médicaux	13,35	13,53	1,39 %
Biologie	12,8	12,33	- 3,71 %
Autres prestations supplémentaires	8,92	9,85	10,41 %
Appareillage	7,02	7,36	4,77 %
Prestations obsèques	4,63	4,98	7,52 %
Autres honoraires	2,90	2,76	- 4,78 %
Prestations maternités	1,69	1,28	- 24,52 %
Cure thermique	0,90	1,00	11,45 %
Prestations exceptionnelles (C.S.S)	0,30	0,39	32,68 %
Gros appareillage	0,02	0,02	- 4,81 %
TOTAL	350,62	352,35	0,49 %

Si le coût moyen progresse dans son ensemble, c'est grâce à une diminution du poste Pharmacie que les dépenses restent contenues. En effet, sous l'effet du déremboursement de médicaments à vignettes orange, les dépenses ont baissé de près de 6 % en coût du risque.

Les prestations maternité ont aussi baissé mais ce n'est pas une bonne tendance car cela témoigne d'un vieillissement de la population des assurés et une plus grande difficulté à accueillir de jeunes bénéficiaires.

En revanche, le poste qui s'envole est l'hospitalisation avec une progression de près de + 10 % pour l'ensemble forfait journalier, hospitalisation et suppléments hospitaliers. Les établissements tant privés que publics appliquent notamment des hausses de tarifs sur des prestations existantes ou en créent de nouvelles comme le forfait hôtelier, qui concourent à l'augmentation du coût du risque.



Éléments actuariels

Le coût du risque moyen en 2012 (tous contrats et garanties confondus) varie de 1 à 3,32 suivant les tranches d'âges. Il est de 187,81 € par personne protégée de moins de 20 ans et de 623,66 € pour les mutualistes de plus de 66 ans.

On assiste à une forte augmentation du coût moyen pour les plus anciens mutualistes (+ 9,8 % en 1 an) mais aussi les 41 à 50 ans (+ 7,6 %) et les 71 à 80 ans (+ 4,3 %). Par contre une relative stabilité marque les tranches 0 à 10 ans, 21 à 30 ans, 51 à 70 ans et 81 à 90 ans (moins de 1 %). On assiste même à une baisse sur les tranches 31 à 40 ans (- 1,7 %) et surtout 11 à 20 ans (- 4,6 %).

Évolution du coût du risque par tranches d'âge

L'effectif avec droits ouverts avait un âge moyen de 42,25 ans au 31 décembre 2012 contre 41,29 ans l'année précédente. Toutefois, les Mutualistes de moins de 40 ans représentent encore 45,5 % de la population couverte, ce qui a une incidence positive sur l'évolution du risque et la pérennité de la solidarité intergénérationnelle.

Evolution par tranches d'âges

Effectifs adhérents	12 2011	12 2012	Evolution
De 0 à 10 ans	2 315	2 127	- 188
De 11 à 20 ans	2 018	1 980	- 38
De 21 à 30 ans	1 995	1 925	- 70
De 31 à 40 ans	2 229	2 102	- 127
De 41 à 50 ans	2 428	2 316	- 112
De 51 à 60 ans	2 786	2 760	- 26
De 61 à 70 ans	2 544	2 734	+ 190
De 71 à 80 ans	1 131	1 136	+ 5
De 81 à 90 ans	669	692	+ 23
91 ans et plus	84	100	+ 16

L'évolution de la pyramide des âges est la conséquence de la rupture de contrats collectifs suite à des accords nationaux ou des transferts décisionnels des entreprises.



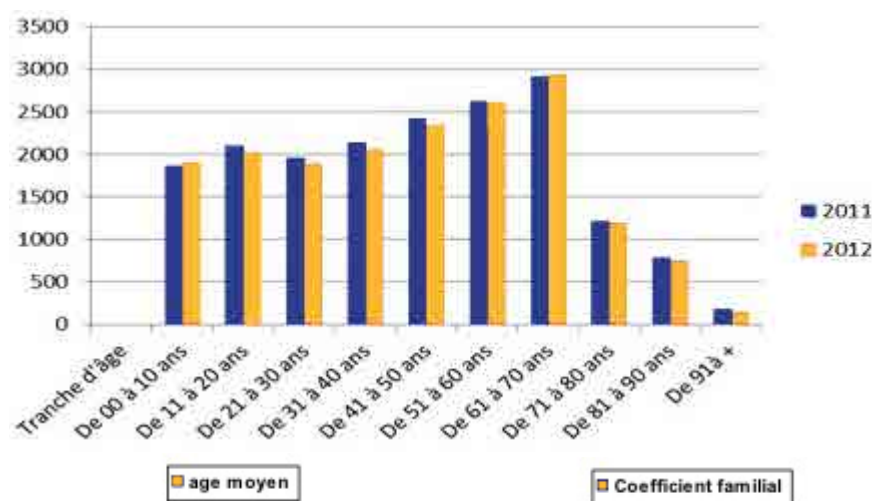
Marie-Thérèse Souvestre, Administratrice

Evolution de l'âge moyen et du coefficient familial

Au 31 décembre	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Age moyen	37,87	38,25	38,89	40,20	40,84	41,29	42,25
Personnes/famille	1,765	1,767	1,743	1,710	1,695	1,657	1,659

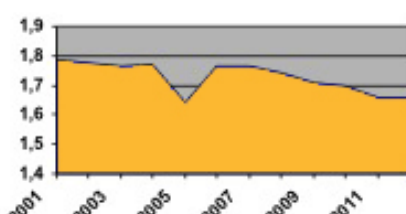
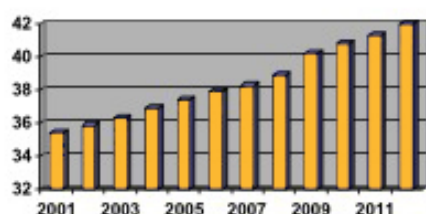
Le vieillissement de la population couverte va de pair avec l'évolution de l'âge moyen de l'ensemble de la population française. Par ailleurs, compte tenu de la structure de l'effectif (majoritairement individuelle), le coefficient familial reste inférieur à 2.

Unimutuelles ne connaît pas une évolution identique de ses effectifs sur chaque tranche d'âge. En effet, le développement d'accords de branche induit des départs d'actifs (avec leur famille) pour des mutuelles obligatoires mais Unimutuelles reste stable sur les cinquantenaires et accroît de nombre de bénéficiaires sur les 60 à 70 ans.



age moyen

Coefficient familial



L'effet « papy-boom » n'est pas compensé totalement par les nouvelles adhésions de jeunes, aussi convient-il de veiller à l'évolution des effectifs, et à la mise en adéquation des cotisations demandées et des risques couverts, ce que nous faisons chaque année.

A noter que les travaux du Comité d'Audit sur l'évolution des ratios techniques permettent désormais au Conseil d'Administration d'avoir une analyse complémentaire, ce qui facilite la prise de décision.

Les dispositifs sociaux

La loi du 13 Août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie, a créé une aide financière pour les personnes en difficulté qui souhaiteraient souscrire ou continuer à bénéficier d'une complémentaire santé. Cette Aide au Paiement d'une Complémentaire Santé (ACS), nommée dans la loi « crédit d'impôt », est réservée aux personnes dont les ressources n'excèdent le plafond d'attribution de la CMU complémentaire (CMUC) majoré de 35 %. Le montant de l'aide varie en fonction de l'âge.

Plafonds de ressources annuelles par foyer en 2012

	Pour la CMU Complémentaire	Pour l'Aide à la Complémentaire Santé
1	7 934 €	10 711 €
2	11 902 €	16 067 €
3	14 282 €	19 281 €
4	16 662 €	22 494 €
5	19 836 €	26 779 €
Par personne en plus	+ 3 173,76 €	+ 4 284,58 €

Participation annuelle ACS en 2012

Age des personnes du foyer	Montant déduit de la cotisation mutuelle
Moins de 16 ans	100 €
De 16 à 49 ans	200 €
De 50 à 59 ans	350 €
60 ans et plus	500 €

Les bénéficiaires gérés par Unimutuelles : 323 personnes étaient affiliées en « CMUC » au 31 décembre 2012

Comme les contrats sont reconduits par année civile, nous avons enregistré de nombreux mouvements pendant l'exercice avec un solde négatif de 60 bénéficiaires à la fin de l'année 2012, pour qui nous avons perçu les dotations au prorata de la période d'ouverture des droits aux prestations « panier de biens et services ».

Unimutuelles est enregistrée par l'autorité de tutelle, comme organisme gestionnaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire. Ce dispositif de solidarité fait l'objet d'un suivi spécifique. Pour les bénéficiaires affiliés à Unimutuelles, les Régimes Obligatoires engagent les dépenses RO + RC.

Le Fonds CMU qui collecte la taxe de 6,27 % sur les cotisations versées aux AMC (Assurance Maladie Complémentaire), reverse une dotation trimestrielle de 92,50 € par personne, au prorata de l'effectif géré par la mutuelle. Les droits aux prestations sont validés par le Régime Obligatoire qui règle les praticiens (en procédure A) et facture la part de prestations complémentaires à la mutuelle (le traitement des dossiers fait l'objet d'un suivi et contrôle spécifique).

Ratios techniques CMUC

Exercice 2012	Dotations CMU	Prestations Pr. A ⁽¹⁾	Prestations/ cotisations
Cumuls	135 976 €	157 093 €	115 %

(1) total des prestations réglées 31 décembre 2012 pour l'année 2012 (hors provisions)

En complément de la CMU, un nouveau dispositif a été mis en place en 2005, d'abord appelé « crédit d'impôt », puis Aide à la Complémentaire Santé en 2006 et Chèque Santé en 2008.

- 279 personnes étaient affiliées, dans le cadre d'un contrat individuel, en bénéficiant du dispositif dit « Aide à la Mutualisation » au 31 décembre 2012 (31 de plus qu'en 2011).
- 163 personnes bénéficiaient également de l'Aide à la Complémentaire Santé par le biais du groupe mutualiste de l'AMBPI.

Ce nouveau dispositif d'aide à la mutualisation appelé « crédit d'impôt », inscrit dans la réforme de l'assurance maladie, a permis aux personnes dont les revenus ne dépassaient pas le « plafond CMU » de 15 % en 2005 et de 35 % aujourd'hui de bénéficier d'une aide à la mutualisation ; cette aide est depuis, de 100 € pour les moins de 16 ans, 200 € pour les 16 à 49 ans, 350 € de 50 à 59 ans, et 500 € pour les plus de 60 ans. Le référentiel a été amélioré en 2011.

Pour la gestion du dispositif, le fonds CMU a reversé à Unimutuelles un montant cumulé de 131 301 € ; les adhérents individuels ont réglé le complément de cotisation, en fonction de la garantie choisie soit un montant cumulé de 46 037 € ; les personnes affiliées en ACS par le biais de l'AMBPI ont quant à elles cotisées à hauteur de 22 447 €.

Ce dispositif de solidarité ramène la participation moyenne par bénéficiaire à 12,92 € par mois (cotisation réglée par bénéficiaire).

Exercice 2012	Dotations et cotis.	Prestations 2012 ⁽¹⁾
Cumuls	199 785 €	91 915 € + AMBPI

(1) total des prestations réglées le 31 décembre 2012 pour l'année 2012 (hors provisions).

Les remboursements aux adhérents de l'AMBPI ne sont pas comptabilisés.

- 2 111 bénéficiaires étaient affiliés à l'AMBPI en 2012

Les assurés sociaux, titulaires du régime 120, bénéficient d'un contrat adapté à leurs besoins en termes de « couverture complémentaire santé ». Au 31 décembre 2011, 1 730 titulaires du régime spécifique étaient affiliés dans ce dispositif. Les éléments techniques des groupes spécifiques comprennent également les conjoints et enfants ainsi que les bénéficiaires de l'ACS sur l'année 2012.

Exercice 2012	Cotisations 2012 ⁽¹⁾	Prestations 2012 ⁽²⁾
Cumuls	1 034 228 € + dot ACS	715 890 €

(1) Total des cotisations acquises sur l'exercice (hors dotations ACS)

(2) total des prestations réglées le 31 décembre 2012 pour l'année 2012

Les bons ratios techniques résident dans la spécificité du dispositif, avec des bénéficiaires associés à la gestion technique, par le biais d'une association : l'AMBPI (Association pour la Mutualisation des Bénéficiaires d'une Pension d'Invalidité). Les représentants des adhérents invalides formalisent l'évolution des besoins de la population concernée et font des propositions aux instances d'Unimutuelles dans le cadre d'une responsabilisation du groupe, qui intègre la nécessité de l'équilibre technique pour assurer la pérennité du dispositif.

Evolution de la fiscalité

La Taxe Sur les Conventions d'Assurance qui avait été créée au 1^{er} janvier 2011 avec un taux initial de 3,5 % sur les cotisations pour être portée la même année (au 1^{er} octobre 2011) à 7 %, n'a pas été revue à la baisse. Ainsi l'exercice 2012 est concerné en totalité avec une taxe à 7 %.

Les Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire - y compris les mutuelles - sont assujettis à la fiscalité appliquée aux organismes qui relèvent du Code des Assurances. A la lecture des lois de finances et rectificatifs successifs, Unimutuelles bénéficie des exonérations totales en raison d'une adaptation de tous les contrats en portefeuille.

Parmi les critères retenus sur une fiscalité avantageuse (à savoir un taux de 7 % au lieu des 9 % pour les organismes qui ne respectent pas les critères Solidaires et Responsables) pour les adhérents d'Unimutuelles, il convient de citer :

1. La gestion de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire,
2. La différenciation des garanties dans et hors parcours de soins,
3. La prise en charge des actes de prévention prioritaires,
4. Le non remboursement des participations forfaitaires,
5. Le non remboursement des franchises (plafond = 50 €),
6. L'action sociale...

Le PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) avait été adopté, mais la loi de finances 2011 comportait trois amendements dont le premier concernait la fiscalité des mutuelles (alignement sur les sociétés d'assurance) initialement prévue au 1^{er} janvier 2011. L'entrée en fiscalité des mutuelles a été effective au 1^{er} janvier 2012, avec une progressivité de l'impôt pour les exercices 2012 et 2013.

Contentieux et recouvrements

Au cours de l'année 2012, Unimutuelles a procédé à la radiation de 70 personnes pour non paiement de cotisations, après deux rappels, mise en demeure et un avis de radiation, conformément aux statuts et règlements.

La gestion des débours indus, au bureau de Louvigné, nous a permis de récupérer 1 354,11 € auprès des Compagnies d'Assurances. Une veille sur le traitement technique au CITAD, permet également de récupérer des prestations indues auprès des établissements de soins et professionnels de santé. De même qu'un suivi des impayés au bureau de St Méen permet de recouvrer les cotisations acquises.

Au cours de l'année 2012, Unimutuelles n'a pas eu à traiter de procédures de contentieux formalisées par des adhérents, attendu que les Commissions Statutaires et Sociales qui délibèrent chaque mois au sein des Sections, avec des prérogatives formalisées par l'Assemblée Générale, apportent toujours des réponses appropriées aux sollicitations des adhérents.

PLFSS, évolution des pratiques et analyse des coûts

L'année 2012 aura vu un grand nombre de médicaments déremboursés (exemple Derinox ou Rhinofluimucil). Il s'agit de médicaments initialement remboursés à 15 % par la Sécurité Sociale et donc à 85 % par la Mutuelle qui faisait le complément à 100 %. Les vignettes orange caracté-

térisent les médicaments à service médical rendu faible.

Ce déremboursement limite donc mathématiquement les dépenses à la charge de la Mutuelle.

Bien que les mutuelles ne soient pas alignées sur le régime fiscal des Compagnies d'Assurances, elles doivent désormais s'acquitter d'une taxe supplémentaire de 3,5 %, qui est même passée à 7 % au 1^{er} octobre 2011. Elle vient s'ajouter à la taxe CMU qui devient une contribution de solidarité appelée sur la base de 6,27 % en 2011. La charge fiscale des mutuelles solidaires et responsables comme Unimutuelles, en cumulant Taxe Sur les Conventions d'Assurance et Taxe CMU atteint désormais 13,27 % de la cotisation mutuelle.

Situation et évolution d'Unimutuelles

Unimutuelles a dû en 2012 augmenter ses cotisations au regard de l'augmentation des Taxes Sur les Conventions d'Assurance, des hausses de prestations, des nécessaires adaptations de son fonctionnement aux normes prudentielles et du changement de son applicatif informatique.

En interne, des profondes restructurations ont eu lieu suite à des mouvements de personnel importants. La préparation à la migration vers le nouvel applicatif informatique s'est accompagnée de formations complètes. Concernant la situation au regard des effectifs, l'année 2012 aura été marquée par l'accroissement des départs pour mutuelle obligatoire. En année normale, le nombre d'adhésions nettes progresse d'environ 400 nouveaux bénéficiaires mais en 2012, et malgré un nombre de nouvelles adhésions plus important que l'an dernier, le solde net durant l'exercice n'aura progressé que de 40 bénéficiaires. En effet, l'accord de branche pour les aides à domicile mis en place au 1^{er} janvier mais avec une prise d'effet majoritairement au 1^{er} février a fait énormément de mal à nos effectifs individuels. Cela s'explique par le fait qu'Unimutuelles est très présente en milieu rural où des structures comme l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) représentent une source

d'emplois pour nombre d'aides ménagères. En outre, l'accord de branche dans la charcuterie de 2010 aura eu raison de notre contrat groupe avec une entreprise de charcuterie (- 89 bénéficiaires).

Il faut aussi ajouter la situation difficile dans le secteur du mobilier où une entreprise partenaire de longue date a dû se séparer de nombreux salariés, conduisant à une perte pour Unimutuelles de 99 bénéficiaires.

Mais 2012 aura été une année de transition marquée par de fortes restructurations. Les économies possibles ont été réalisées et cet effort de gestion, combiné à une modération globale des prestations, permet un résultat excédentaire, en conformité avec les attentes de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.



PERRONNERIE Jean-Paul, Président

2013 sera une année décisive tant les menaces qui pèsent sur la Mutualité deviennent plus prégnantes, en particulier dans le débat sur l'A.N.I. (Accord National Interprofessionnel) qui pourrait remettre en cause l'équilibre fragile des organismes complémentaires mais aussi de la protection sociale en général et la solidarité intergénérationnelle. Unimutuelles, avec ses élus au premier plan, portera haut les valeurs du mutualisme.

Extrait du rapport sur le contrôle interne de l'exercice 2012

Le contrôle interne prévu par les articles R211-28 et R211-28-1 du Code de la Mutualité, est désormais imposé aux mutuelles du livre II en référence à la publication du décret 2008-468 du 19 mai 2008. Ce décret fait suite à la transposition de l'article 45 de la directive dite « Solvabilité II ».

Le décret 2008-1278 du 8 décembre 2008 parachève le processus de transposition de la directive communautaire 2006/43/CE du 17 mai 2006. L'ordonnance concernant le Contrôle Interne, précise les modalités de mise en place du « Comité d'Audit » sous la responsabilité du Conseil d'Administration.

Le Comité d'Audit est composé de membres du Conseil d'Administration dont un élu au moins doit présenter des compétences particulières en matière financière et comptable.

Le Comité d'Audit doit fonctionner en toute indépendance et rendre compte régulièrement au Conseil d'Administration de l'exercice de ses missions et des difficultés rencontrées.

Le décret N° 2008-468 du 19 mai 2008 instaure la mise en place, pour toute mutuelle ou union de mutuelles, d'un dispositif permanent de Contrôle Interne ainsi que la production d'un rapport de Contrôle Interne approuvé, au moins annuellement, par le Conseil d'Administration.

Ce renforcement de la réglementation prépare les mutuelles aux futures exigences des normes prudentielles « Solvabilité II » et incite dès à présent Unimutuelles à mettre en place les mesures nécessaires visant à assurer :

- La conformité aux lois et règlements,
- L'application des instructions et des orientations fixées par la Direction Générale,
- Le bon fonctionnement des processus internes de la Mutuelle, notamment ceux concourant à la sauvegarde des actifs,
- La fiabilité des informations financières et comptables.

Ce rapport est composé de trois parties dont la première est réservée aux travaux du Conseil d'Administration, la seconde à l'ensemble des mesures, méthodes, objectifs et procédures de Contrôle Interne mis en place par la Mutuelle, et la troisième aux procédures de contrôle relatives à l'information comptable et financière.

Consciente des enjeux croissants en matière de prévention, de contrôle et de maîtrise des risques, Unimutuelles a inscrit dans ses objectifs 2012 le Contrôle Interne comme un de ses objectifs majeurs.

L'outil informatique devenu obsolète ne permettant pas d'identifier tous les chiffres nécessaires au pilotage de l'activité, Unimutuelles, dans le cadre d'un groupe de pilotage constitué du Comité de Direction, d'un Administrateur avec l'aide d'un cabinet Conseil, a mené une étude poussée qui a abouti au choix d'un nouveau prestataire informatique, dont la structuration et le paramétrage de l'outil ont progressivement été effectués sur l'exercice 2011, avec une bascule initialement prévue à la fin du 1^{er} semestre 2012 mais qui aura effectivement lieu au 1^{er} janvier 2013.

Unimutuelles fournit pour l'essentiel à ses adhérents et à leurs ayants droit des prestations d'assurance concernant les accidents, la maladie et la maternité. La Mutuelle propose une gamme complète de remboursements complémentaires santé dans le cadre de contrats à adhésion individuelle pour les personnes physiques et leur famille, ainsi que des contrats à adhésion collective, pour les entreprises.

Le fonctionnement de la Mutuelle était tributaire de l'organisation des Mutuelles de Pays jusqu'en 2008 (fusion effective de 5 organismes en 2002 avec maintien de l'éclatement des activités). Il convenait donc de structurer l'entreprise autour de deux pôles dits « Front Office » pour le développement et « Back Office » pour la gestion technique. L'objectif

était d'harmoniser le fonctionnement avec la création d'un « registre de procédures » et d'améliorer la lisibilité opérationnelle de l'organisme, en gommant toute opacité fonctionnelle. Ainsi, une nouvelle structuration de l'activité a pris forme. Parallèlement à la mise en place de cette nouvelle organisation, des élus et salariés ont participé à plusieurs sessions de formation sur le Contrôle Interne.

Cette étape, considérée comme un préalable à la mise en œuvre opérationnelle du Contrôle Interne, a été franchie avec succès. Début 2010, après avoir pris connaissance des bilans 2009, plusieurs Administrateurs d'Unimutuelles acceptèrent de s'impliquer davantage en amont des instances décisionnelles, en prenant part au « Comité d'Audit ».

La Mutuelle, dans le cadre de conventions de partenariat, propose également à ses adhérents des services complémentaires de deux types :

- Epargne retraite.
- Prévoyance.
- Assistance.

Dans ce rapport, Unimutuelles décrit :

- les conditions de préparation et d'organisation des travaux du Conseil d'Administration,
- l'organisation générale des procédures de Contrôle Interne au niveau de la Mutuelle ainsi que leurs caractéristiques essentielles, tant celles relatives à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière que celles relatives aux autres champs du Contrôle Interne.

Organisation des travaux du conseil d'administration

Comité d'audit

Afin de mieux concilier les exigences du Contrôle Interne et du fonctionnement de la Mutuelle, le Comité d'Audit a été restructuré en 2011, sa nouvelle composition ayant été validée par le Conseil d'Administration, le 26 janvier

2011. Monsieur Alain VAILLANT a remplacé Monsieur Christian GUILLIER au poste de Référent conformité et sa prise de fonction a été facilitée par l'inscription au cycle de formation de la FNMF, intégralement suivi à ce jour.

Référent audit	Prénom NOM (Titulaires)	Références et compétences
Référent conformité	Alain VAILLANT	M : 3 années de mandats administrateur Unimutuelles, Président d'une association d'entraide par la récupération de matériel, Trésorier d'une association auto-école associative et membre du Conseil d'Administration d'une structure de l'Économie Sociale et Solidaire
Activité technique informatique et actuariat	Joseph FAUCHEUX	M : plus de 16 ans de mandats mutualistes dont 4 ans à Unimutuelles
Gestion comptable et financière, gestion des actifs et tarification	Michel CARISSAN	M : Administrateur depuis plus de 30 ans, Trésorier depuis près de 30 ans, membre de la commission de contrôle de l'Union Départementale (de l'Union Régionale en 2009)
Veille concurrentielle et environnementale, prestations et garanties	André BRARD	M : élu mutualiste depuis 40 ans, Trésorier adjoint d'Unimutuelles, Vice président de la section Pays du Granit, Vice président de l'association « des Rocs et des Hommes » P : Responsable d'équipe de production
	Gérard JOUAN	M : élu depuis 27 ans, Vice président de la section de Brocéliande, élu Union départementale pendant 18 ans, Secrétaire Unimutuelles, Trésorier section capi prévoyance... P : Président d'une association pour la mutualisation des personnes en invalidité, membre du CA de l'association d'hospitalisation à domicile 35, membre du conseil de développement du Pays de Brocéliande, Administrateur CPAM, membre CA de l'ADMR, Secrétaire association CICAT Bretagne Mieux Vivre, Membre du GIP MDPH 35, membre du fonds départemental de compensation
Réseau, partenariats, conventions	Paul SAUX	M : élu mutualiste depuis 10 ans P : Commercial puis Chef d'entreprise
	Germain DOKI	M : élu mutualiste depuis plus de 15 ans, Secrétaire adjoint d'Unimutuelles, Trésorier adjoint de l'Union Départementale, P : membre de la Commission de Prévention de la Mutualité Française Bretagne, Membre du Conseil d'Administration de la Clinique la Sagesse, Vice Président de l'Association « l'Arbre du Voyageur »

P = expériences professionnelles. M = expériences et implications mutualistes.

Comme de nombreux délégués ont souhaité s'impliquer dans le Contrôle Interne, des commissions ont été créées. Ainsi, les Administrateurs référents peuvent s'entourer d'avis et de conseils sur les sujets et dossiers traités, par une extension des travaux à une « Commission d'Audit ».

Caractéristiques principales des instances de Décision et de Contrôle

Le Conseil d'Administration est composé de 21 membres. La limite d'âge est fixée dans le Code de la Mutualité à 70 ans. Le nombre des membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs 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 L212-7 du Code de la Mutualité.

Ces membres ne peuvent être élus que s'ils sont délégués de la Mutuelle.

La Mutuelle compte 50 délégués. Les délégués sont élus pour 6 ans. Le dernier renouvellement a eu lieu à l'automne 2012.

Chaque administrateur perçoit des remboursements de frais lors de réunions statutaires.

Des indemnités spécifiques peuvent être versées en fonction des missions exercées (Articles L114-32 du Code de la Mutualité). Elles font dans ce cas l'objet de conventions réglementées.

Fonctionnement des instances de Décision

FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration fixe les grandes orientations stratégiques de la Mutuelle, prend et assume les décisions majeures, nomme et révoque le Président et contrôle les activités de la Mutuelle et leur niveau de maîtrise et de régularité.

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. Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux Mutuelles. Les fonctions de direction et de gestion sont exercées par la Direction Générale.

Les convocations sont adressées aux membres quinze jours avant la tenue de chaque Conseil. Les dossiers leur sont adressés au moins quelques jours avant le Conseil afin de leur permettre de les analyser et de préparer leurs commentaires. Par ailleurs, tout membre peut saisir le Président ou la Direction Générale d'une question qui sera inscrite à l'ordre du jour et débattue en réunion.

Le Conseil d'Administration doit se réunir au minimum 4 fois par an. En

2012, le Conseil s'est réuni les 26 janvier, 5 avril, 28 juin, 27 septembre, 16 octobre, 15 novembre, 13 décembre. Le taux d'assiduité de l'ensemble des Administrateurs en 2012 a été de 82,55 %, en hausse par rapport à 2011 (déjà à 80 %).



VAILLANT Alain, Administrateur

Travaux du conseil d'administration

Le Conseil d'Administration valide plusieurs rapports :

- le rapport annuel de gestion,
- le rapport moral et activité de l'année précédente,
- le rapport financier de l'exercice précédent,
- le budget.

DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Président, soit à un ou plusieurs Administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions, au Directeur Général et aux salariés dans le cadre des textes législatifs et réglementaires.

Fonctionnement de la Direction Générale

L'organisation et le pilotage d'Unimutuelles sont adaptés à la taille de

la structure. Ainsi, une personne est à la tête de la Direction Générale et est assistée d'une Assistante de Direction.

La Direction Générale dispose d'une délégation totale et permanente du Président, du Secrétaire Général et du Trésorier Général par décision du Conseil d'Administration en date du 19 juin 2008.

Le Trésorier vise également toutes les factures.

La Direction Générale est notamment investie des pouvoirs suivants :

- Représentation de la Mutuelle vis-à-vis des tiers et des administrations publiques, pour l'accomplissement des actes de gestion courante,
- Gestion courante des fonds de la Mutuelle,
- Engagement et règlement des dépenses nécessaires pour le bon fonctionnement de la Mutuelle, administration des biens meubles et immeubles de la Mutuelle,
- Plus généralement, gestion et administration de toutes les activités de la Mutuelle (administration, finance, ressources humaines...)

La Direction supervise et contrôle l'ensemble des opérations de la Mutuelle, et a en charge la mise en place du dispositif de contrôle interne.

L'Assistanat de Direction a en charge :

- La préparation des réunions statutaires,
- La rédaction des procès-verbaux de toutes les réunions statutaires,
- Le secrétariat de direction.

La préparation des réunions statutaires se fait en étroite collaboration avec le service communication en respectant les procédures en place. L'assistante procède à la rédaction des rapports des Dirigeants (Président et Directeur Général) et à l'émargement, à l'occasion de la tenue de l'Assemblée Générale. Enfin, une attention particulière est portée à la rédaction du Procès-Verbal qui sera approuvé lors

de la réunion suivante par l'ensemble des administrateurs et signé par le Président et le Secrétaire Général.

Les activités principales et courantes de l'Assistanat de Direction sont :

- La diffusion de circulaires à destination de l'ensemble de la Mutuelle,
- La gestion du courrier de la Direction Générale,
- La gestion de la logistique (rendez-vous, réunions, réservation de train, d'hôtel, etc...),
- La tenue de l'agenda du Directeur Général et la gestion des communications téléphoniques.

Elle s'assure également du lien et du respect de l'information réservée aux administrateurs, de la transmission des informations aux autorités de tutelle.

Toutes les opérations réalisées sont vérifiées et signées par la Direction Générale.

LA POLITIQUE ET LE DISPOSITIF DE CONTRÔLE INTERNE ET DE GESTION DES RISQUES DE LA MUTUELLE

Ce dispositif vise à assurer :

- la fiabilité des informations comptables et financières,
- la réalisation, la sécurisation et l'optimisation des opérations permettant à l'organisation d'atteindre ses objectifs stratégiques,
- la conformité aux lois, à la réglementation et aux directives internes,
- la protection du patrimoine de l'entreprise.

Et plus globalement la maîtrise des activités, l'efficacité des opérations et l'utilisation efficiente des ressources de l'entreprise.

Le déploiement opérationnel de la politique en matière de Contrôle Interne, de la conformité et de la sécurité reste de la responsabilité des services opérationnels et des services supports.

La Mutuelle dispose sur le Contrôle Interne d'une approche pragmatique par les risques appuyée par la Direction Générale.

Organisation du Contrôle Interne

Environnement général de Contrôle Interne



HERVÉ Pierrick, 1^{er} Vice-Président

La Direction Générale est responsable de la politique de contrôle interne au sein de la Mutuelle.

Le déploiement de la démarche de Contrôle Interne est de la responsabilité des Directions Opérationnelles, expertes dans leurs métiers. Les Responsables de service sont les relais du Contrôle Interne.

Contexte externe

L'environnement d'Unimutuelles et du monde de la mutualité en général connaît un renforcement des contraintes réglementaires, notamment par la publication du décret N° 2008-468 du 19 mai 2008. Cette réglementation instaure désormais pour toute Mutuelle ou Union, l'obligation de mettre en place un dispositif permanent de Contrôle Interne et d'en rendre compte dans un rapport approuvé par le Conseil d'Administration.

Ce décret vise à préparer les mutuelles aux exigences réglementaires qui caractériseront la norme de «Solvabilité II» notamment dans son second pilier, et dont la transposition était initialement prévue pour 2012, mais décalée. L'objectif est ainsi d'adapter rapidement l'organisation à ce nouveau contexte réglementaire en déployant une démarche de

Contrôle Interne pragmatique, que les opérationnels pourront s'approprier rapidement.

Contexte interne

Le Contrôle Interne est devenu l'un des projets impulsé par le Directeur Général et le Président. Il vise à assurer la maîtrise des activités de la Mutuelle et doit contribuer à améliorer le fonctionnement des processus et des activités.

Par conséquent, ce projet repose tout d'abord sur un travail d'équipe dont la coordination s'appuie sur :

- une planification des actions,
- une approche pédagogique,
- une méthodologie adaptée,
- une formation au contrôle interne dispensée par des organismes spécialisés,
- une sensibilisation des collaborateurs via des supports de communication interne.

Aussi, la maîtrise des risques a pour objectif de se décliner à tous les niveaux de la Mutuelle et le Contrôle Interne se renforcera par une activité quotidienne.

Le respect des politiques et stratégies établies par les organes dirigeants

La Direction s'assure que toutes les décisions prises en Conseil d'Administration sont suivies de faits et déclinées dans les activités opérationnelles. Un tableau de suivi permet de contrôler l'état d'avancement des actions.

La couverture des risques par des contrats d'assurances

Les contrats d'assurances externes couvrent notamment les risques mobiliers, immobiliers, pour leur contenu et leur contenu, et les risques locatifs pour les agences.

Les assurances spécifiques suivantes ont été souscrites :

- Une assurance auto-mission administrateurs et administratifs,
- Une assurance responsabilité civile spécifique à l'activité prévoyance,

- Une responsabilité civile des administrateurs et du dirigeant.

Les structures d'appui
Domaine technique et procédure
de gestion actif/passif

Les engagements à couvrir par la Mutuelle concernent exclusivement les remboursements de soins du risque santé.

Unimutuelles diffuse des produits d'épargne retraite et de prévoyance pour lesquels elle n'a pas agrément, dans le cadre d'un partenariat mutualiste avec l'Union Nationale de Prévoyance de la Mutualité Française dite MUTEX, immatriculée au



RAMEL Bernadette, 2^{ème} Vice-Présidente

Registre National des Mutuelles sous le N° 442.574.166. Les indemnités de promotion perçues pour cette activité sont de 20 613 € ce qui représentent 0,25 % du total des produits d'exploitations de la Mutuelle. A noter que l'UNPMF assure la gestion totale de l'activité technique dont elle « porte le risque ».

Fin 2010, Unimutuelles a signé une nouvelle convention de partenariat avec l'UNMI (Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle), dans le cadre d'une reprise de contrats pour lesquels l'UNPMF n'était plus en mesure d'en assurer la gestion. L'UNMI est une Union du livre II du Code de la Mutualité, créée en 1929, enregis-



DOKI Germain, 3^{ème} Vice-Président

trée sous le N° 7847 18207, dont le siège social est situé au 21 rue Laffitte 75009 à Paris. En 2011 et 2012, Unimutuelles a accentué la collaboration avec l'UNMI, tant sur la mise en place de contrats de prévoyance collective, que sur la proposition et le développement de prestations individuelles en indemnités journalières, garantie hospitalisation ou autre Capital Transmission.

Le champ d'intervention d'Unimutuelles se limitait en 2012 aux risques pour lesquels la Mutuelle a obtenu un agrément. Unimutuelles ne propose aucune garantie dite IARD (Incendie, Accident, Risques Divers). Pour les contrats de prévoyance proposés par UNPMF MUTEX, l'activité d'Unimutuelles se limite à la diffusion de l'information ; les contrats sont enregistrés par l'organisme assureur qui se charge également de la gestion de l'activité technique. Par ailleurs, Unimutuelles n'a pas de convention ou accord avec d'autres organismes (assureurs ou courtiers) qui nécessiterait une immatriculation au registre des intermédiaires en assurances « ORIAS ».

Unimutuelles ne perçoit, à ce titre, que des produits de distribution et n'a aucun engagement à couvrir au regard de ces prestations.

L'article L212-1 du nouveau Code de la Mutualité impose aux groupements

relevant du livre II, la constitution de provisions techniques dont le niveau leur permet d'assurer le règlement intégral de leurs engagements.

Le décret N° 2002-720 du 2 mai 2002 sur les règles prudentielles :

- Confirme le principe de couverture de l'intégralité des engagements,
- Précise que les provisions techniques doivent être calculées sans déduction des réassurances cédées,
- Définit le type de provisions et certaines règles de calcul.

Ainsi, Unimutuelles a constitué, selon les règles en vigueur, les provisions suivantes :

- Prestations à payer,
- Risques en cours.

La marge de solvabilité est un calcul extracomptable. Elle correspond aux ressources propres de la Mutuelle, libre de tous engagements prévisibles, déduction faite des éléments incorporels.

Ces ressources sont destinées à pallier une insuffisance accidentelle des provisions techniques et ainsi à assurer que les engagements de la Mutuelle vis-à-vis de ses adhérents seront tenus en cas de pertes exceptionnelles.

Le montant de la marge de solvabilité constituée doit être supérieur au montant minimum réglementaire.

Pour l'exercice 2012, le calcul de la marge de solvabilité est fait selon deux techniques dictées par le Code de la Mutualité : en fonction d'un pourcentage des cotisations ou d'un pourcentage des prestations, le montant le plus élevé des deux calculs est retenu, afin d'adopter une position prudente. Pour 2012, il est basé sur le pourcentage des prestations.

La marge de solvabilité disponible est largement suffisante pour couvrir le minimum requis puisque le pourcentage de couverture ressort à 286,28 %.

La gestion actif/passif se fait via l'établissement du plan à cinq ans. Compte tenu de la faible durée des engagements, le risque sur la gestion actif/passif est très faible.

Domaine lié à l'actif

LA POLITIQUE DE PLACEMENTS

La politique de placement est définie à partir de la volonté de protéger l'adhérent en lui garantissant, à tout moment, le paiement des prestations qui lui sont dues. Le choix des placements respecte les contraintes légales. Le Conseil d'Administration fixe les grandes orientations en matière d'arbitrage, le Trésorier appliquant ces directives.



CARISSAN Michel, Trésorier

Le Conseil d'Administration délègue au Directeur Général les décisions d'investissement, ce qui permet une grande réactivité pour les arbitrages (investissements-désinvestissements), tout particulièrement en période de crise.

Le portefeuille au 31 décembre 2012 est investi dans des parts de capital des établissements bancaires partenaires, BMTN, livrets sécurisés, DAT, CAT, obligations et OPCVM obligataires ou monétaires. Aucun OPCVM, FCP ou SICAV, n'est investi en actions. Les FCPI ou FCPR ne sont pas utilisés, ni aucun support à risques (certificats, warrants...).

La gestion de trésorerie courante est optimisée de sorte que toute trésorerie disponible soit placée, soit de

manière volontaire par Unimutuelles ou sur proposition bancaire. En outre l'année 2012 a été marquée par une attention particulière sur les placements, avec le travail en plusieurs sessions de l'Audit Interne constitué d'un Administrateur de chacune des Sections d'Unimutuelles (Brocéliande Mutualité, Mutuelle des Marches de Bretagne et Mutuelle Pays du Granit). L'objectif a été de repenser l'organisation des placements afin de tendre vers un rééquilibrage entre les partenaires bancaires, une amélioration de la gestion de la trésorerie par la suppression au 31/12/11 des comptes de Sections, une vérification du taux de couverture des engagements de la Mutuelle en respectant les règles de dispersion de limitation et la réaffectation de sommes sur des produits sans risques mais plus rémunérateurs que les SICAV monétaires, dont les rendements ont continué comme en 2011 à être très bas sur l'exercice.

PROCEDURES INTERNES DE CONTROLE

Afin de garantir la qualité de la gestion des actifs, les principaux suivis et contrôles réalisés sont les suivants :

- Suivi quotidien des mouvements à partir du tableau reprenant tous les OPCVM avec les souscriptions, cessions et produits, complétés au vu des documents comptables et vérifiés par la comptabilité. Cette analyse permet de connaître et contrôler les valeurs de clôture et les soldes qui doivent correspondre aux données des relevés titres des établissements financiers,
- Suivi trimestriel des performances et des rendements des OPCVM dans les tableaux transmis par les banques (positionnement, valorisation, performance du placement),
- Suivi quotidien des mouvements de souscriptions et cessions par les relevés d'opérés et avis bancaires,
- Contrôle comptable de tous les mouvements,
- Analyse globale et suivi des valeurs des OPCVM et analyse de l'évolution dans le tableau de synthèse annuel,
- Contrôle annuel des règles de dispersion et de limitation à l'aide d'un

tableau respectant les contraintes réglementaires du Code de la Mutualité, le risque étant faible puisque le portefeuille est essentiellement investi en supports monétaires et obligations.

GESTION DES ACTIFS IMMOBILIERS

Nous avons fait appel à un expert foncier (rapport transmis à l'ACP) pour l'évaluation des immeubles dont Unimutuelles est propriétaire (Montfort sur Meu, La Guerche de Bretagne, St Méen le Grand et Louvigné du Désert). Le rapport d'expertise quinquennal présenté aux instances d'Unimutuelles, a été validé par l'ACAM (Autorité de Contrôle des Mutuelles Assurances et Institut de Prévoyance) le 22 septembre 2006.

L'Autorité de Contrôle avait validé la modification du bilan pour un montant de 405 600 € avec une décote prudentielle de 20 %.

Après accord de l'ACAM, le même expert est intervenu chaque année pour une actualisation des évaluations ; le patrimoine immobilier d'Unimutuelles a donc fait l'objet d'une nouvelle estimation formalisée par l'expert SCP Marc WILLIAMSON, dans un rapport du 4 mai 2007 pour un total de 827 000 €. Après l'acquisition d'un local au centre Espace Performance Alphasis de Saint Grégoire, le même expert a été diligenté pour une actualisation de l'expertise. Le rapport d'expertise du 28 janvier 2010, faisait état d'une estimation globale de 990 000 € qui se décomposait comme suit :

- Louvigné du Désert 36 000 €,
- La Guerche de Bretagne 300 000 €,
- Montfort sur Meu 230 000 €,
- St Méen le Grand 74 000 €
- Saint Grégoire 350 000 €.

Une expertise partielle (expertise pour certains immeubles et actualisation pour d'autres) a été réalisée par l'expert SCP Marc WILLIAMSON. Mais l'ACPR (ex-ACAM) a souhaité qu'une expertise complète soit réalisée fin 2011, avec la nomination d'un nouvel expert immobilier. Monsieur Jean-Christophe HYACINTHE a été

validé par l'ACPR et a réalisé cette expertise en décembre 2011, après les travaux de réfection à la Guerche de Bretagne, visant à transformer une partie de l'immeuble en cabinet de kinésithérapie, loué dès la mi-décembre 2011.



BRARD André, Trésorier adjoint

Le rapport d'expertise du 31 décembre 2011 faisait état d'une estimation globale de 1 057 000 € qui se décomposait comme suit :

- Louvigné du Désert 40 000 €,
- La Guerche de Bretagne 400 000 €,
- Montfort sur Meu 200 000 €,
- St Méen le Grand 77 000 €
- Saint Grégoire 340 000 €.

Fin 2012, une actualisation a été réalisée par M HYACINTHE, où dans un contexte de morosité immobilière, les valeurs des biens ont été modifiées comme suit :

- Louvigné du Désert 40 000 €,
- La Guerche de Bretagne 380 000 €,
- Montfort sur Meu 200 000 €,
- St Méen le Grand 70 000 €
- Saint Grégoire 300 000 €.

Les biens inventoriés sont des locaux utilisés par Unimutuelles. Toutefois, les immeubles cités comportent 4 logements, et un local commercial mis en location non restrictive.

A noter que les bureaux d'Unimutuelles situés à Vitré et Fougères sont en location.

GESTION COMPTABLE ET ADMINISTRATIVE DES PORTEFEUILLES DE VALEURS MOBILIERES

La gestion comptable et administrative des portefeuilles de valeurs mobilières fait l'objet de travaux d'analyse et de contrôle en interne :

- Contrôle des cours par rapprochement entre les fax de passation d'ordres signés par le Directeur Général et le service comptable avec les avis d'opérés,
- Contrôle par les rapprochements bancaires,
- Contrôle de l'exhaustivité et de l'exactitude des souscriptions et rachats passés et contrôle de la valeur de portefeuille globale, ainsi que la plus ou moins-value latente,
- Vérification de l'exhaustivité des revenus encaissés, consistant à s'assurer que le portefeuille ne contient pas de titres sur lesquels les revenus n'auraient pas été perçus ou comptabilisés, dans le cadre de la procédure de pointage des revenus.

Domaine informatique

Architecture - Progiciel Métier Sécurité Informatique

Comme l'exploitation des données techniques est dématérialisée, avec des procédures opérationnelles de règlements des dépenses de santé informatisées, la sécurisation de l'information et des outils est déterminante pour assurer la pérennité des engagements définis par les contrats mutualistes.

A cet effet, Unimutuelles a mis en place des procédures de sécurisations simultanées et automatisées avec un système de « back up » quotidien entre deux serveurs sur deux sites différents (à Saint Grégoire et Montfort sur Meu), comprenant des doubles sauvegardes externes. Ainsi, même en cas de destruction d'un des deux sites de stockage de l'information, la continuité du service des prestations

pourrait être assurée en reprenant les données qui ont été sauvegardées sur des lieux géographiques différents.

De plus, avec l'ouverture du nouveau site Internet, début 2008, Unimutuelles a également mis en place un « back up quotidien » des fichiers adhérents et prestations sur un serveur installé à Niort pour l'hébergement des données, déconnecté des outils de gestion, dans un souci de sécurisation. Mais comme indiqué précédemment, Unimutuelles a souhaité se pourvoir d'un outil informatique plus puissant, véritable outil de pilotage d'une part mais aussi en a profité pour revoir la sécurisation des processus. La mise en place du nouvel outil garantira une sécurité toujours efficace des données mais réduira encore le temps d'interruption éventuelle en cas de sinistre, une attention toute particulière ayant été portée au Plan de Reprise d'Activité.

2012 aura été une année de préparation à la bascule informatique qui s'est déroulée effectivement au 1^{er} janvier 2013. Pour augmenter la sécurisation des données, Unimutuelles a opté pour une mise en réseau sécurisé et l'hébergement chez le nouveau prestataire informatique. Chaque salarié peut reprendre son activité depuis un autre poste en cas de panne sur le sien et le serveur, basé près de Lille, est dupliqué sur un autre site en France.

Domaine Juridique et Fiscal

L'analyse du risque juridique et fiscal des activités est directement effectuée par chaque service opérationnel et consiste à prendre connaissance de l'actualité juridique et fiscale dans les revues et documentations spécialisées, et de participer à des conférences et débats sur les sujets d'actualité réglementaires.

Le suivi des contentieux juridiques concernant les prestations est directement réalisé par le service concerné.

Enfin, concernant la Lutte Anti-Blanchiment, c'est le Directeur qui gère cette activité. Le dispositif TRACFIN est mis en place.

Domaine Ressources Humaines

Son activité prépondérante est la gestion et le contrôle de la paie couvrant notamment :

- La gestion des entrées et sorties du personnel (à la charge de l'assistante),
- La transmission mensuelle au cabinet comptable des éléments constitutifs de la paie et des charges sociales,
- Le suivi des congés, des absences et de la maladie,
- La gestion des virements,
- La gestion des chèques déjeuner.

Les contrôles réalisés au sein de ce domaine sont nombreux. En effet, l'élaboration de la paie mensuelle et le paiement sont subordonnés à des contrôles a priori ainsi que des contrôles triples réalisés avant paiement, de la responsable des Relations Humaines, du cabinet comptable et du Directeur.

Par ailleurs, la Responsable des Ressources Humaines a également en charge la formation et la médecine du travail. Celle-ci veille au respect de la législation et des normes en vigueur. Enfin, la Responsable coordonne avec le service communication et l'Assistante de Direction la préparation de l'intendance de l'Assemblée Générale.

La sécurité des accès aux données est assurée par la saisie de mots de passe pour le réseau et pour certains fichiers.

Domaine Communication

• Communication interne

Le service communication est notamment en charge de l'élaboration et de la gestion des éléments suivants en respectant les règles en place :

- Préparation et présentation des supports pour l'Assemblée Générale annuelle et gestion de l'homogénéisation des interventions,

- Elaboration de la revue d'Unimutuelles (journal),
- Gestion des informations et documents transmis aux adhérents et contrôle de leur qualité.

Le site Internet propose deux espaces, l'un pour les adhérents et l'autre pour les professionnels de santé. Les accès sont sécurisés par des codes fournis par le Responsable de service.

Le service Communication peut être amené à externaliser certains travaux auprès d'une agence de communication ou d'imprimeurs par exemple.

Ce service est en charge tant de la communication externe qu'interne. Chaque opération de communication respecte la charte graphique d'Unimutuelles.

• Communication externe

Différents médias et différentes audiences sont utilisés comme :

- Des insertions dans la Presse Quotidienne Régionale (campagne en automne),
- Des objets publicitaires ou du sponsoring pour des associations.

Les communications externes sont validées par la Direction Générale.

Domaine Services généraux

Les Services Généraux sont chargés d'acheter l'ensemble des fournitures courantes. Ces achats sont soumis à une procédure consistant en la signature par le Directeur de la liste des produits à acheter.

Pour le mobilier, c'est cette même personne qui gère la procédure dont le fonctionnement est le suivant :

- Un devis est signé par la Direction Générale,
- Ce devis est remis à la comptabilité qui s'assure alors du paiement.

Enfin, cette même personne s'occupe des déclarations d'assurance, de la prise de contacts pour obtenir des devis, de la transmission d'assurance, etc.



JOUAN Gérard, Secrétaire

Les structures métiers

L'ensemble du personnel est sensibilisé, informé et formé aux risques et actions à mener dans le cadre de la lutte contre le blanchiment.

Domaine de la distribution

La distribution des produits, la fidélisation et le suivi du portefeuille est assurée par le service commercial (au Siège et en agences). Des actions publicitaires spécifiques sont menées pour promouvoir les produits et assurer le développement commercial.

Cette activité fait l'objet d'un suivi trimestriel par la Direction Générale.

Les conseillers mutualistes, pour la partie commerciale, bénéficient de formations spécifiques pour notamment garantir la qualité du conseil auprès des adhérents et entreprises.

Certaines composantes de l'activité sont également décrites dans le paragraphe dédié au domaine gestion.

Domaine gestion : adhésion/acceptation/gestion/prestations

• Service Prestations (Gestion Santé)

Le service Prestations est scindé en trois pôles principaux :

- Le pôle « saisie » (manuelle et télétransmission),
- Le pôle « coordination »,
- Le pôle « gestion des indus ».

Deux pôles « secondaires » complètent ce dispositif :

- La gestion des dossiers rejetés en premier traitement informatique,
- La gestion des dossiers « accident ».

Pour chacun de ces pôles, la bonne gestion du courrier est déterminante. Son acheminement au pôle responsable doit suivre un circuit bien déterminé et contrôlé.

Le pôle « saisie » est lui-même divisé en trois activités :

- Le contrôle et la saisie quotidienne des prestations adhérents,
- Le contrôle et la saisie quotidienne des factures tiers (prestataires de santé principaux : cliniques, hôpitaux, ambulanciers et pharmacies),
- Le contrôle et la saisie quotidienne des autres factures tiers (cabinets dentaires, laboratoires, radiologies, etc.).

Le pôle « coordination » assure le lien entre les utilisateurs et le Service Informatique. De plus, cette activité couvre aussi :

- La gestion des nouveaux produits (paramétrage),
- L'aide aux personnes pour une assistance aux utilisateurs et une amélioration du service,
- L'édition de listes pour assurer les contrôles sur les prestations ou sur les modifications des fichiers.

Une personne dédiée assure la gestion des indus. Pour chaque indu constaté (réclamation, contrôle etc.), le dossier est géré par la rédaction d'un courrier (tracé dans l'outil commun de réclamation de l'indu) en s'appuyant sur des documents types (Lettres, LRAR, ...) pour ensuite assurer son suivi. Des contrôles spécifiques sont réalisés (état récapitulatif quotidien et trimestriel, etc.).

La gestion des dossiers rejetés consiste à analyser et à gérer les opérations reçues par télétransmission à Unimutuelles sur le compte adhérent et bloquées par Winsanté, suite

au contrôle automatique du flux. Les opérations justifiées pourront être débloquées. Certaines opérations sont systématiquement gérées via ce processus dans le but d'en assurer leur contrôle (optique, prothèses dentaires, etc.).

La gestion des dossiers « Accidents » est confiée à une personne qui travaille en collaboration avec les compagnies d'assurance et autres organismes compétents.

Les règles et procédures d'usage sont connues par tous les gestionnaires.

De plus, de nombreux contrôles à priori ou à posteriori sont opérés dont notamment :

- Contrôle quotidien à priori du paiement des prestations assuré par des indicateurs et une validation avant paiement,
- Contrôle à priori des montants supérieurs à 500 €,
- Contrôle à priori sur l'édition des chèques concernant les allocations obsèques,
- Contrôle de la liste des décomptes saisis manuellement,
- Contrôle des factures subrogatoires du ticket modérateur,
- Contrôle du montant des dépenses lorsqu'une facture présente un montant du Régime Obligatoire nul,
- Contrôle de la liste des décomptes Maladie dépendant de la garantie Hospitalisation Médicale ou Chirurgicale.

• Service du Secteur Individuel

Le service Secteur Individuel regroupe trois pôles d'activités :

- L'accueil téléphonique et physique,
- L'activité commerciale (les études),
- Le fichier cotisations (adhésion, avenants et radiation).

Ce service couvre le processus de la signature de l'adhésion jusqu'à son enregistrement et à l'envoi de la carte Mutuelle.

L'accueil gère une partie du circuit des entrées et sorties de cotisations et de prestations, et opère notamment à l'enregistrement de l'opération dans l'outil informatique et à la réception des paiements (espèces).

L'activité commerciale (Etudes en Santé et Prévoyance) est assurée par les agents conseils des accueils du siège d'Unimutuelles et de ses agences. Ils assurent la rédaction des études suite aux entretiens commerciaux (téléphonique ou physique). L'étude écrite contient alors une proposition de garantie avec indication d'un tarif et d'un tableau de garanties. L'envoi de cette étude est soumis à la validation par le Responsable de Service garanti par son visa après vérification des éventuelles erreurs sur le tarif ou les garanties conformément au tarifificateur existant.

• Activité Fichier cotisations

L'enregistrement des adhésions et avenants est réalisé dans l'outil informatique :

- en Santé, un visa du responsable Secteur Individuel est nécessaire avant l'envoi du contrat à la personne compétente (en individuel ou en collectif le cas échéant) pour son enregistrement dans l'outil informatique dont le paramétrage permet un contrôle à priori,
- en Prévoyance, le contrat sera visé par le Responsable Secteur Individuel avant envoi du contrat au service Prévoyance pour enregistrement.

Les radiations sont soumises au visa du Responsable Technique. Le service cotisations (en individuel ou en collectif le cas échéant) est chargé d'enregistrer la radiation en informatique. Si la radiation n'est pas conforme aux statuts, le visa de la Commission Statutaire et Sociale doit être obtenu avant radiation effective.

• Service Entreprises et Collectivités

Le service Entreprises et Collectivités

gère deux pôles d'activités :

- L'activité commerciale,
- L'activité gestion.

L'activité commerciale est en charge des domaines suivants :

- La prospection,
- Le développement du portefeuille,
- Le suivi du portefeuille,
- La fidélisation.

L'activité gestion est en charge :

- Des fichiers,
- Des cotisations.

En ce qui concerne l'activité commerciale, divers documents permettent d'assurer le suivi et le contrôle des opérations :

- Le formulaire de la demande initiale lançant le processus (proposition, contrat ou avenant) rédigé par le Conseiller puis transmis au Directeur pour la pesée du risque,
- Une proposition commerciale rédigée par l'Assistante et validée par la signature du Responsable Entreprises et Collectivités après vérification de la conformité avec la demande initiale,
- Une demande de contrat ou d'avenant établie par le Conseiller selon les éléments souhaités par l'entreprise,
- Une fiche entreprise remplie par l'entreprise ou le Conseiller concernant et reprenant l'ensemble des éléments du contrat,
- Un contrat établi par l'Assistante après validation par le Responsable Entreprise et Collectivités sur la conformité entre la demande initiale, la proposition et la demande de contrat,
- Une fiche récapitulative à confronter avec le formulaire de demande initiale (contrôle de cohérence).

Les contrats définitifs sont signés par la Direction Générale.

Concernant le pôle Fichiers de l'activité Gestion, diverses procédures ont été recensées concernant :

- Les adhésions, avenants et modifications,
- Les radiations,



FAUCHEUX Joseph, Secrétaire adjoint

- Les certificats de résiliations,
- Les groupes « fermés »

Concernant le pôle Cotisations de l'activité Gestion, diverses procédures ont été recensées, portant notamment sur :

- La réclamation des cotisations,
- Les rejets de prélèvements,
- Les relances de cotisations,
- Les radiations pour non-paiement,
- Le suivi des comptes collectifs.

Pour toutes ces opérations, des documents spécifiques doivent être utilisés. Aussi, des procédures orales existent et sont respectées. En 2011, certaines d'entre elles ont été écrites, cela a été complété en 2012 et l'ensemble des procédures devrait être consigné par écrit fin 2013.

Domaine marketing

Les opérations marketing font l'objet de processus transversaux et de contrôles spécifiques. Les opérations concernées sont les suivantes :

- opérations liées à la création d'un produit, initiées directement par le Service Gestion et réalisées techniquement par le Service Statistiques qui procèdent aux calculs et à l'élaboration des grilles tarifaires, pour une production finale des plaquettes par le service communication,
- des opérations d'envoi de promotions marketing par courrier,
- des actions ponctuelles de fidélisation.

LES PROCEDURES DE CONTRÔLE INTERNE RELATIVES À L'INFORMATION COMPTABLE ET FINANCIÈRE

Les procédures mises en place visent :

- La protection du patrimoine de l'entreprise,
- La fiabilité des enregistrements comptables et des comptes annuels qui en découlent,
- La qualité de la communication financière,
- Le respect des lois et réglementations en vigueur.

Acteurs ou structures exerçant des activités de contrôle

Le principal acteur exerçant des activités de contrôle est la Direction Comptable et Financière.

Celle-ci gère :

- La Comptabilité métier qui consiste à enregistrer les opérations de façon manuelle,
- La Comptabilité Fournisseurs.

Liaisons avec le Commissaire aux Comptes

L'Assemblée Générale de la Mutuelle nomme, pour six ans, au moins un Commissaire aux Comptes et un Suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L225-219 du Code de Commerce.

Le Président convoque le Commissaire aux Comptes à toute Assemblée Générale, et au Conseil arrêtant les comptes.

Le Commissaire aux Comptes intervient sur les comptes annuels sociaux, et à tout moment qu'il juge utile à l'accomplissement de sa mission. Son intervention inclut la revue des tableaux de contrôle relatifs à l'information comptable et financière s'appliquant à des éléments sociaux. Tous les travaux de revue et certification relèvent du cadre de son activité réglementée.

L'intervention sur les comptes annuels est suivie d'une note de synthèse communiquée à la Direction et à la Présidence de la Mutuelle, dans lesquelles le Commissaire aux Comptes

présente notamment les principales conclusions de son audit et les recommandations pour la période à venir.

Le Commissaire aux Comptes procède à des contrôles de rapprochement entre les logiciels métier et les interfaces comptables mensuels pour les cotisations et prestations, et à la mise en œuvre de contrôles par sondage et rapprochement systématique des bases de gestion avec la comptabilité.

Les comptes sociaux

Protection du patrimoine de l'Entreprise

L'analyse détaillée de l'état des placements est réalisée à chaque arrêté comptable et à chaque situation exceptionnelle ou critique.

Une expertise quinquennale réalisée par un expert agréé et une évaluation annuelle est réalisée pour tous les investissements immobiliers. Ces documents sont transmis à l'ACPR.

Tous les actifs sont comptabilisés au coût historique et amortis selon les normes comptables en vigueur.

Procédures d'encaissements et de décaissements

Les principales procédures de décaissements et d'encaissement sont les suivantes :

- Procédures d'autorisation de dépenses formalisées et connues,
- Contrôle logiciel métier et interface comptable mensuel pour les cotisations et prestations,
- Décaissements, paiements fournisseurs et paiements prestations : existence d'une procédure de triple signature,
- Procédure de contrôle quotidien des chèques débités par les banques visant à se prémunir des falsifications,
- Contrôle systématique de toutes les dépenses par la comptabilité

et autorisées par la Direction Générale,

- Rapprochements bancaires et contrôle des chèques débités.

Enfin, le Service Comptable s'assure des sauvegardes du serveur concernant la Comptabilité Générale. Ces sauvegardes sont dupliquées sur un support externe, conservé en dehors de l'agence en question pour éviter une perte des données en cas d'incendie.

La procédure de délégation de signature est formalisée et opérationnelle.

Tous les décaissements ne sont autorisés que pour deux personnes.

Chaque engagement de dépenses pour du petit équipement fait l'objet d'une demande écrite sur formulaire préétabli.

Les cotisations sont réglées en espèces (rarement), par chèques, par virements (pour certaines entreprises) ou par prélèvements, sachant que les prélèvements sont favorisés. Des contrôles spécifiques sont opérés par le Service Comptable sur ces encaissements. Les prestations sont payées par virement, ou occasionnellement par chèque. Les RIB sont systématiquement demandés aux adhérents.

Enregistrements comptables et élaboration des comptes annuels

Le système d'information comptable

La Direction Comptable et Financière utilise les différentes fonctionnalités du logiciel SAGE permettant de gérer

- La comptabilité,
- Les immobilisations,
- Le déversement des comptes de charges.

Concernant la comptabilité Unimutuelles, l'activité consiste à passer des écritures manuelles. Pour mener à bien cette activité, diverses procédures sont suivies. Les intégrations

quotidiennes des écritures passées dans l'outil informatique sont vérifiées par rapprochement avec les chèques remis pour le paiement des cotisations.

Les relevés de banque relatifs aux virements effectués par les entreprises adhérentes font l'objet d'une télétransmission quotidienne.

Le service fichier intègre ces cotisations sur l'outil informatique puis la comptabilité vérifie le lendemain (à J + 1) les justificatifs du virement pour l'écriture passée. Enfin, un contrôle de cohérence est réalisé par l'état de rapprochement.

Les paiements en espèces sont enregistrés dans le journal de caisse à l'accueil du Siège ainsi que des agences puis intégrés sur l'outil informatique. La Comptabilité vérifie le compte caisse et le journal de caisse quotidien par un contrôle de cohérence.

Concernant la prévoyance, une vérification mensuelle est réalisée par rapprochement du solde du compte prévoyance en comptabilité et du solde du compte tenu par le Service Prévoyance.

De plus, aucune sortie de caisse ne peut être réalisée sans une autorisation expresse de la Direction Générale ou de la Responsable Comptable.

En ce qui concerne les prestations indues à récupérer, c'est au sein du Service Prestations qu'une personne est en charge du contentieux. Cependant, un état informatique des indus est transmis à la Comptabilité. Un contrôle mensuel du solde est effectué par la Comptabilité et analysé avec l'agent en charge de ce travail.

Contrôle des enregistrements et des flux

Les contrôles entre les applications de gestion et le système comptable doivent permettre de répondre aux cinq impératifs suivants :



- **exhaustivité** : toutes les opérations de gestion sont clairement identifiées et comptabilisées (pas d'omission),
- **réalité** : seules les opérations de gestion effectivement réalisées sont comptabilisées (pas d'opérations fictives),
- **évaluation** : l'opération de gestion est correctement évaluée et comptabilisée pour son bon montant,
- **exactitude** : l'enregistrement comptable est exact dans le respect des principes comptables,
- **rattachement à l'exercice** : le critère est la date du fait générateur de l'événement.

Contrôles du processus d'arrêté des comptes

Le Service Comptable passe en revue l'intégralité des comptes de la balance. Celui-ci centralise l'ensemble des documents nécessaires à l'actualisation du montant des provisions techniques pour la clôture (provisions pour risques en cours, provisions pour engagement de retraite, provisions pour prestations à payer) et de toutes les provisions relatives aux placements financiers. Le reporting fourni par notre prestataire permet par exemple de calculer la surcote/décote ou la provision pour dépréciation.

Le Service Comptable après l'arrêté

des comptes analyse la cohérence du résultat comptable par rapport à sa construction.

Un logiciel comptable rattache chaque mois les cotisations au bon exercice. A la clôture, un état informatique fournit le reste à encaisser par groupe comptabilisé par le Service Comptable. Ce montant est ensuite rapproché des encaissements effectué au 1^{er} trimestre N + 1.

Un rapprochement est réalisé entre les comptes de clôture et les comptes prévisionnels et l'anticipé au 31/12.

Evènements comptables

Chaque décision d'ouverture de compte ou de placement est soumise par le Trésorier à l'approbation du Conseil d'Administration.

ANNEXE AU RAPPORT DE CONTRÔLE INTERNE SUR LA PROTECTION DE LA CLIENTÈLE :

Respect du devoir de conseil

Le personnel de la Mutuelle est formé afin de maîtriser les services et les prestations proposés aux adhérents. Cette formation est réalisée par la formation d'un binôme lors du recrutement d'un nouveau collaborateur.

Traitement des réclamations

La Mutuelle est peu confrontée à des réclamations émanant des professionnels de santé ou de ses adhérents. De ce fait, les réclamations sont toutes traitées avec rapidité quelle que soit la source de provenance (accueil physique, téléphone, courrier).

Ainsi, en 2012, aucun contentieux n'a été à déplorer avec les adhérents.

La Mutuelle a mis en place des procédures de suivi et de clôture des dossiers de liquidations.

1. Réclamations courantes

Les réclamations courantes sont traitées au quotidien par les salariés de la Mutuelle. La plupart du temps, une simple explication suffit. En cas de d'impossibilité de trouver une solution, le Directeur est sollicité pour gérer le différend. En 2012, aucun contentieux n'a eu lieu avec les adhérents d'Unimutuelles.

2. Réclamations sensibles

Le traitement des réclamations sensibles est effectué par les Commissions Statutaires et Sociales des Sections (Exemple : radiation d'un adhérent).

Le contexte économique, financier, démographique et environnemental conduit Unimutuelles à analyser la nature des engagements pris dans le cadre de la pérennisation de la couverture des risques, en développant l'ensemble des mesures mises en œuvre par l'organisme, pour assurer ces engagements.

Même si Unimutuelles, ne gère pas de risques de longue durée, il convient d'apprécier les facteurs aggravants générés par la « structure de l'effectif protégé » et le vieillissement de la population, ainsi que les incidences directes et indirectes liées aux conséquences de la crise.

La réglementation

L'évolution de la réglementation, qui a pour objet de renforcer la sécurisation des engagements contractuels, impacte directement :

- La gouvernance et l'organisation de la mutuelle,
- Le provisionnement des engagements techniques,
- Les règles concernant les liquidités,
- Les ratios de solvabilité,
- Les fonds propres requis.

Après conseils et avis externes à l'entreprise et commentaires du Comité d'Audit, le rapport de solvabilité est présenté chaque année à l'Assemblée Générale d'Unimutuelles.

Dans un souci de cohérence, le présent rapport est présenté aux instances en même temps que les comptes annuels et annexes. Il est ensuite transmis au SFG (Système Fédéral de Garantie), ainsi qu'à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

Les intervenants associés

- Les membres du Comité d'Audit,
- Un cabinet comptable,
- Le Commissaire aux Comptes,
- Le Directeur et les salariés en fonction des compétences.

Les adaptations d'Unimutuelles

Afin de répondre aux nouvelles exigences dites de « Solvabilité II », l'organisation et la gouvernance d'Unimutuelles continuent de s'adapter progressivement. 2012 aura été marquée par :

- La préparation de la migration informatique,
- La systématisation des contrôles techniques,
- La formation et l'implication du Comité d'Audit,
- La mise en place d'un nouvel organigramme,
- Le renforcement du dispositif de Lutte contre Le Blanchiment et le Financement du Terrorisme,
- Les modifications comptables et fiscales avec notamment l'entrée en fiscalité.

Les objectifs fixés par les instances d'Unimutuelles en 2002 sur l'adaptation aux obligations de « Solvabilité I » ont été atteints, avec une consolidation progressive de la structure financière de la Mutuelle.

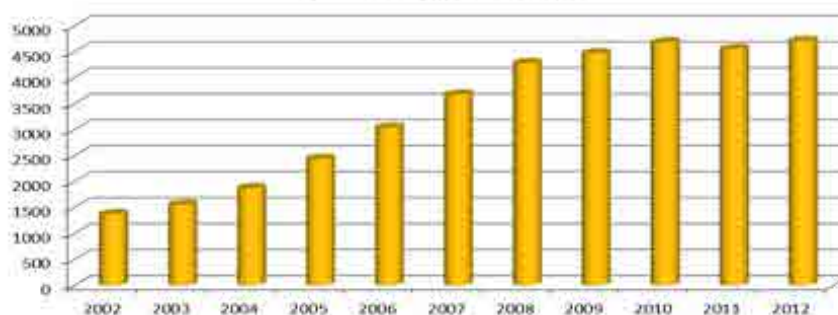
fonds propres

An- nées	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Fonds propres en K€	1368	1555	1870	2435	3033	3668	4278	4466	4679	4547	4704
Evolu- tion %		+ 14%	+ 37%	+ 78%	+ 122%	+ 168%	+ 213%	+ 227%	+ 242%	+ 232%	+ 244%

Les fonds propres ont été multipliés par près de 3,5 depuis la création d'Unimutuelles :

Le maintien à un haut niveau des fonds propres permet à la mutuelle de garder des ratios de solvabilité suffisants.

Fonds Propres en K€



Notre anticipation sur l'application des nouvelles règles prudentielles fait, que nous avons dépassé les obligations formalisées par le décret 486 du 28 mai 2004, qui portait le seuil des fonds propres de 225 000 € à 1,5 millions d'€ pour les branches 1 et 2, imposant une mise en conformité pour le 20 mars 2007. Prenant en considération les nouvelles obligations qui portent le seuil minimum à 1 900 000 € en 2012, avec 4 704 K€ en fonds propres Unimutuelles dépasse de 148 % ses obligations en 2012.

En référence aux derniers états fournis par le Système Fédéral de Garantie pour l'exercice 2011, Unimutuelles affiche un ratio de marge de solvabilité de 324 % en référence aux « états réglementés C6 » et de 375 % en référence aux « états C5 ».

Le total des fonds propres représente désormais 64,2 % fin 2011 et est porté à 66,47 % du total du bilan de l'exercice 2012.

Les raisons du niveau de chargement ont été développées dans les précédents rapports ; il s'agit d'arbitrages des élus (Délégués et Administrateurs d'Unimutuelles) qui veulent maintenir et développer un service de proximité (7 agences sur le département d'Ille et Vilaine pour environ 18 000 personnes protégées) ; celui-ci induit désormais un surcoût de 4 à 6 % par rapport à la moyenne des mutuelles (+ 5,1 % pour 2011).

La durée de couverture sur les prestations s'est améliorée par rapport à 2011, à savoir 265 jours contre 251 en 2011.

Evolution des ratios de 2009 à 2012	2009	2010	2011	2012
COTISATIONS ACQUISES	7 979 163	7 935 766	7 864 156	8 070 069
CHARGES DES PRESTATIONS	5 844 105	5 946 072	6 621 540	6 479 346
Ratios P/C ou S/P	73,24 %	74,93 %	84,20 %	80,29 %
TOTAL CAPITAUX PROPRES	4 466 297	4 679 717	4 547 731	4 703 631
Ratios sur cotisations	55,97 %	58,97 %	57,83 %	58,28 %
Ratios sur prestations	76,42 %	78,70 %	68,68 %	72,59 %
Moyenne prestations / jour	16 011	16 291	18 141	17 752
Fonds propres/presta en jours	279	287	251	265
Couverture prudentielle en mois	9,3	9,6	8,4	8,8

Ainsi, comme l'attestent les éléments mentionnés ci-dessus, l'évolution technique et la consolidation financière d'Unimutuelles s'inscrivent dans une politique de pérennisation de la couverture des engagements, formalisée par les contrats mutualistes. Il s'agit de décisions prises par les instances de la Mutuelle, à la lecture des recommandations qui figurent dans les publications transmises par la Fédération, le Ministère de Tutelle et l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel).

La branche 20 « vie »

Les volumes de remboursements sont très faibles, puisqu'il s'agit d'une garantie obsèques non viagère pour laquelle notre engagement est reconsidéré chaque année par les Instances Statutaires de la Mutuelle.

Les prestations de la branche 20 sont limitées à une indemnité forfaitaire de 763 €, qui n'a pas été réévaluée depuis la création d'Unimutuelles ; elle fait l'objet d'une délibération annuelle de l'Assemblée Générale, conformément à la demande formalisée par l'ACAM (ACPR depuis) lors de l'agrément d'Unimutuelles.

L'Assemblée Générale a reconduit ce plafond forfaitaire de 763 €, versé suivant les garanties souscrites et dans la limite des factures présentées ; Unimutuelles a remboursé en 2012, sur présentation de factures acquittées de frais d'obsèques, un montant cumulé de 87 745 €, soit 1,35 % du total des prestations de l'exercice. Comme la prestation est annuelle et que les décès des bénéficiaires sont enregistrés dans nos fichiers, la provision relative à la garantie obsèques ne concerne que les dossiers non soldés.

Le texte relatif à la prestation obsèques, qui relève de la branche 20 (garantie non viagère), après avoir été approuvé par les Instances de la Mutuelle, a été porté à la connaissance de tous les adhérents. Chaque année, les titulaires de la garantie sont informés de la reconduction ou la suppression de la garantie obsèques. Le traitement des dossiers de « prestations obsèques » fait l'objet d'une procédure spécifique, avec constitution d'un dossier traité par une commission, sur mandat de l'Assemblée Générale.

A la clôture des comptes 2012, et en référence aux nouvelles règles prudentielles, Unimutuelles a actualisé la provision pour égalisation de 29 000 € mentionnée dans les « comptes techniques des opérations vies ». Cette provision a été calculée en tenant compte des variables sur les années écoulées, avec un plafonnement réglementaire égal à 75 % du résultat technique de la branche 20.

ANALYSE PROSPECTIVE

Sur l'évolution du contexte, les économistes semblent plutôt privilégier une croissance molle, voire nulle, pour les années à venir.

En effet, les déficits et la dette publique, générés par la crise, vont contraindre les Etats concernés (dont la France) à continuer à accroître la pression fiscale dans les années à venir. Cette situation conduit au renforcement de l'épargne au détriment de la consommation...

Par ailleurs nous assistons à une dégradation du contexte économique (10 % de chômage), qui va de pair avec une paupérisation croissante (césure entre les plus riches et les plus pauvres). Aux déficits récurrents de la Sécurité Sociale, viennent s'ajouter les transferts de dépenses sociales qui posent d'ores et déjà des problèmes aux collectivités territoriales ; celles-ci doivent faire face à un accroissement des dépenses sociales ainsi qu'à un vieillissement de la population et une augmentation de la dépendance...

Sur le chapitre de l'évolution de la protection sociale qui impacte l'activité technique d'Unimutuelles, il convient de différencier les effets conjoncturels (pandémie ou crise) des effets structurels (vieillesse ou comportements). Bien qu'Unimutuelles ait atteint, voire dépassé les objectifs fixés lors de sa restructuration, l'analyse prospective demeure aléatoire, dans la mesure où l'activité technique des mutuelles est tributaire de plusieurs facteurs externes :

- L'environnement économique et social,
- Les augmentations tarifaires des praticiens,
- Les transferts de la Sécurité Sociale,
- L'évolution des techniques et pratiques médicales,
- L'accroissement de l'offre et de la demande de soins,
- L'adaptation à la concurrence et à la demande des assurés.

Comme les mutuelles ont depuis trois décennies, acté les réformes comme « variable d'ajustement » des dépenses de santé par des transferts de charges, il convient à chaque fois, de faire des arbitrages, sur les budgets prévisionnels et l'évolution des produits et services, qui répondent à la fois aux contraintes techniques, et aux spécificités de la Mutuelle, tout en s'adaptant à la demande des adhérents.

Même si ce rapport de solvabilité concerne 2012, nous n'occulterons pas l'Accord National Interprofessionnel (ANI) qui se joue début 2013 car ses modalités d'application pourront impacter la situation d'Unimutuelles plus fortement qu'une pandémie.

C'est dans ce contexte que les dirigeants d'Unimutuelles prennent leurs décisions sur les prestations et les cotisations, à l'issue de débats internes démocratiques et à la lecture de dossiers d'analyses techniques. Aussi convient-il d'envisager pour les années à venir différentes hypothèses prospectives :

1. CONTINUITE : En référence aux années passées, Unimutuelles maintient une bonne marge de solvabilité.

2. POSITIVE : Le « développement du portefeuille » reprend tant au niveau individuel qu'avec de nouveaux contrats collectifs de TPE et de PME, sans dérapage des ratios techniques, dans un contexte stabilisé, c'est-à-dire avec l'absence de clause de désignation dans le cadre de l'ANI.

3. DEGRADATION : La crise mondiale rebondit et produit de nouveaux effets collatéraux que les Etats ne parviennent pas à juguler. La clause de désignation dans le cadre de l'ANI n'est pas maintenue mais de fortes recommandations se font au détriment des Petites et Moyennes Mutuelles dans les accords de branches professionnelles.

4. EXTREME : Nous sommes toujours exposés à ce type de situation pandémique qui pourrait être lourde de conséquences, d'où une hypothèse dite extrême. En outre, la clause de désignation dans le cadre de l'ANI nous retire près de la moitié de notre portefeuille.

Analyse et extrapolation sur 5 ans

L'année 2013 devrait être marquée par une exécution de l'ONDAM conforme à l'objectif voté en LFSS.

Nous constatons en 2011 une dérive des dépenses de santé, dont l'ampleur s'est manifestée essentiellement au 4^{ème} trimestre 2011 avec une montée en charge des facturations de suppléments hospitaliers remboursés par Unimutuelles.

En 2012 se sont ajoutées les dépenses de pharmacie, dont les baisses de remboursements par le Régime Obligatoire augmentent mathématiquement la part de la Mutuelle, principalement pour les vignettes orange remboursées à 15 % par le RO. Mais les Français demeurent de grands consommateurs de médicaments, et les laboratoires se sont adaptés avec

des AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) de produits innovants souvent très coûteux, qu'il faudra bien financer dans les années à venir... Enfin, les dépenses d'optique continuent de progresser de façon importante, sans que cette hausse soit imputable majoritairement à l'amélioration des équipements.

Sur les prestations supplémentaires, la transposition du taux moyen de progression de 9 % (pour 40 % des prestations), constatée au cours des années passées, pourrait être retenue pour les calculs prévisionnels. Il s'agit d'une tendance confirmée à la lecture de l'évolution de l'offre, conjuguée à la dérive des pratiques tarifaires et à l'adaptation des garanties pour répondre à la demande des assurés.

Par ailleurs le contexte nous laisse prévoir qu'il n'y aura pas de décélération des dépenses avec ticket modérateur, car comme il est précisé dans le rapport, les réductions sur certains postes de soins de ville sont compensées par des augmentations sur l'hospitalisation et les actes techniques qui devraient maintenir un taux de progression des charges TM compris entre 2 et 3 %, voire plus.

Aussi l'hypothèse moyenne de 3 % par an (applicable à près de 2/3 des remboursements en données constantes) semble crédible, dans un contexte de dérapage confirmé de l'Assurance Maladie.

Alors que nous avons enregistré une progression constante des effectifs adhérents d'Unimutuelles depuis 2002 (+ 2,5 % par an), nous avons subi une érosion exceptionnelle de 8 % au 1^{er} janvier 2009 puis de 3 % au 1^{er} janvier 2010. L'année 2011 a été marquée par une stagnation de l'effectif. 2012 aura été particulièrement difficile en raison de l'essor d'accords de branches notamment sur les aides à domicile. La grosse mobilisation sur la bascule informatique et les mouvements de personnel, désormais stabilisés ont nui à la signature de

nouveaux contrats d'où une érosion de l'effectif. Cet effet a été accentué par des difficultés économiques de quelques entreprises adhérentes, qui ont dû se séparer d'une bonne partie de leur effectif. La portabilité n'ayant fonctionné que pour une partie de ces salariés.

Le développement des Groupes en Gestion Individualisée, a permis le maintien des effectifs. Unimutuelles s'est notamment concentrée sur les groupes dits « sociaux », issus de l'Economie Sociale et Solidaire, dont les publics moins à l'aise avec les démarches administratives, apprécient le savoir-faire des conseillers mutualistes de la Mutuelle. Leur progression a continué sur la même courbe que les années précédentes.

L'augmentation des ratios de charges de gestion, n'est pas la conséquence d'un dérapage incontrôlé des coûts de fonctionnement de la Mutuelle. Il s'agit en réalité de décisions des instances d'Unimutuelles qui veulent maintenir et développer l'accueil de proximité. Les 6 agences plus le siège sont générateurs de charges qu'il convient de compenser.

L'exercice 2012 aura été marqué par le retour à l'excédent (155 899 €) après une année 2011 difficile en raison de la création puis de la hausse de la Taxe Sur les Conventions d'Assurance et d'un dérapage des prestations.

Il est donc vraisemblable que le Conseil d'Administration sera conduit à continuer les arbitrages sur la gestion et l'organisation de l'entreprise en 2013, afin de ramener les frais d'acquisition et d'administration dans la moyenne des autres organismes...

Evolution des ratios de 2005 à 2012	EXERCICE 2005	EXERCICE 2007	EXERCICE 2009	EXERCICE 2012
Cotisations acquises	7 054 919 €	7 854 914 €	7 957 648 €	8 095 273 €
Charges des Prestations	5 498 201 €	5 938 489 €	5 847 693 €	6 452 860 €
Ratios P/C ou S/P	77,93 %	75,60 %	73,48 %	79,71 %
Total capitaux propres	2 435 471 €	3 668 155 €	4 466 297 €	4 703 631 €
Ratios sur cotisations	34,52 %	46,70 %	56,10 %	58,10 %
Ratios sur prestations	44,30 %	61,77 %	76,38 %	72,89 %
Moyenne prestations / jour	15 063,56 €	16 269,83 €	16 021,08 €	14 679,07 €
Fonds propres/presta	162 jours	225 jours	279 jours	266 jours
Couverture prudentielle	5,4 mois	7,5 mois	9,3 mois	8,9 mois

Remarque : de 2009 à 2012, Unimutuelles a dû également faire face à une diminution significative des produits financiers en raison de la chute des taux. Pour 2011, la TSCA de 3,5 %, majorée au 1er octobre à 7 % et la taxe CMU de 6,27 % impactent fortement les charges incompressibles d'Unimutuelles qui a dû opérer des hausses de cotisations importantes au 1er janvier 2012. Pour ne pas pénaliser ses adhérents, le Conseil d'Administration d'Unimutuelles a décidé de ne pas répercuter la hausse de la TSCA en cours d'année sur les cotisations et de prendre sur ses réserves. Mais la hausse des dépenses, des taxes et l'entrée en fiscalité au 1er janvier 2012 des mutuelles a conduit les instances à demander aux adhérents de nouvelles augmentations de cotisations pour 2013.

EVOLUTION PRUDENTIELLE

Avec un cumul de fonds propres de 4 704 K€ afférentes à l'exercice 2012, nous répondions largement à nos obligations réglementaires. Toutefois, nous n'avons pas à ce jour connaissance de l'ensemble des contraintes dites de « Solvabilité II », sa mise en place ayant été décalée au 1er janvier 2014. Néanmoins, à la lecture des éléments d'appréciation relatifs à notre participation au QIS5, il semblerait qu'Uni-

mutuelles réponde aux nouvelles exigences. Les nouveaux tests prévus mi-2013 devraient nous permettre de finaliser les dernières adaptations...

CONCLUSION

Comme le démontre le présent rapport, l'extrapolation pluriannuelle demeure aléatoire, dans la mesure où nous sommes tributaires d'un environnement qui nous impose des variables d'ajustement pour le maintien de la protection sociale par répartition. Nous devons également prendre en considération la situation de crise économique, dans un contexte de mondialisation qui impacte tous les secteurs d'activité.

Nous constatons que les « tendances lourdes des pays développés » conduisent à une augmentation des dépenses de santé, qui découle de l'accroissement de l'espérance de vie conjuguée à l'évolution des pratiques médicales. Pour ne pas subir les dérapages induits par les « travers assuranciers », il nous faudra être très vigilant si nous voulons maintenir notre système mutualiste qui procède de la pérennisation d'une répartition solidaire nécessaire au lien social fraternel.

A la lecture de l'ensemble des décisions prises au cours des dernières années, et sachant que nous avons la confiance des mutualistes, entretenue par d'excellentes relations de proximité et une équipe d'élus et de salariés responsables et efficaces, avec un renforcement progressif de notre assise financière, nous pouvons envisager l'avenir avec sérénité. Toutefois, nous sommes pleinement conscients que l'environnement et la réglementation peuvent être profondément modifiés, ce qui nous conduirait à nous adapter comme tous les organismes gestionnaires de l'Assurance Maladie Complémentaire.

Par ailleurs, prenant en considération les nouvelles contraintes réglementaires particulièrement marquantes en ce début 2013, les recommandations de l'ACPR, et l'évolution de l'environnement, les instances dirigeantes d'Unimutuelles ont acté les risques à venir et ont conçu plusieurs stratégies possibles de gestion de crise.

Rapport annuel de BROCELIANDE MUTUALITÉ

Section locale d'Unimutuelles

Depuis la dernière Assemblée Générale, les élus de la Section se sont réunis à 9 reprises, pour délibérer en Commission Statutaire et Sociale, dans les locaux de la Mutuelle, à Saint Méen le Grand.

Les élus de la Commission de Gestion se sont également réunis 2 fois en 2012, à Montauban de Bretagne pour :

- Préparer, planifier et organiser l'activité statutaire de la section,
- Mettre en œuvre des projets et des actions de partenariats au plan local,
- Assurer le suivi technique et formaliser les modifications réglementaires.

LES INSTANCES STATUTAIRES

La Section Brocéliande Mutualité est représentée au sein du Conseil d'Administration d'Unimutuelles par 8 Administrateurs :

- Madame Bernadette RAMEL,
- Monsieur Michel CARISSAN,
- Monsieur Gérard JOUAN,
- Monsieur Gérard BOHANNE,
- Madame Janine LAUNAY,
- Madame Marie-Annick RAMEL PELLAN,
- Monsieur Paul SAUX,
- Monsieur Jean TROADEC.

FAITS MARQUANTS

L'année 2012 aura été riche en faits marquants pour Unimutuelles :

- L'adhésion à l'Association Diversité Proximité Mutualiste (ADPM), née de la volonté d'acteurs mutualistes de petite et moyenne taille de s'unir pour faire valoir leurs stratégies de présence et de développement dans la reconfiguration sans cesse mouvante du paysage mutualiste et assurantiel.
- L'entrée en fiscalité des Mutuelles, qui sont désormais assujetties à l'Impôt sur les Sociétés. Le bilan d'entrée en fiscalité a été réalisé en partenariat avec la CAFEX, notre cabinet comptable, et Marcus PARTNERS-MAZARS,
- Le changement de Commissaire aux Comptes, suite au départ en retraite de Monsieur François DY,



Assemblée Générale.

- L'inscription dans le conventionnement hospitalier, afin de faire limiter par la Mutualité Française Bretagne, les hausses de tarifs des chambres particulières en hospitalisation,
- Préparation de la migration informatique prévue au 1^{er} janvier 2013, avec une révision de la conception réseau,
- Plusieurs sessions de formation sur l'utilisation du nouvel outil informatique (comité de pilotage et utilisateurs),
- Réflexion sur une mutualisation de certaines fonctions, en partenariat avec d'autres mutuelles,
- D'importants mouvements de personnel,
- La demande de labellisation de certains de nos contrats pour les agents territoriaux. Celle-ci a été validée par le Cabinet Actélior le 18 décembre 2012,
- La réorientation d'un certain nombre de nos placements financiers vers des supports sécurisés plus rémunérateurs, nous permettant d'améliorer le taux de couverture de nos engagements,
- L'harmonisation du contrat UNPMF pour les différentes Sections d'Unimutuelles,
- Une évolution dans nos opérations de communication : Unimutuelles a innové en 2012, en diffusant trois spots de 20 secondes chacun, dans plusieurs salles de cinéma du département, dont Montfort sur Meu, Montauban de Bretagne et Saint Méen le Grand. Unimutuelles a également communiqué davantage via les réseaux sociaux (Facebook, ...),
- La signature ou la reconduction de partenariats avec des clubs sportifs du département : Badminton, Volley-Ball, Football, ...
- La participation au Congrès de la Mutualité, qui s'est tenu à Nice, en octobre 2012.

EVOLUTION FINANCIERE DE BROCELIANDE MUTUALITE

Eléments statistiques	Année 2011	Année 2012	Progression	Evolution
Cotisations encaissées ⁽¹⁾	3 409 464 €	3 669 081 €	+ 259 617 €	+ 7 %
Prestations réglées ⁽¹⁾	2 445 820 €	2 506 446 €	+ 60 626 €	+ 2 %

⁽¹⁾ tableau comparatif des éléments statistiques des dossiers traités en janvier 2013.



BOHANNE Gérard, Administrateur



LAUNAY Janine, Administratrice



RAMEL PELLAN M-Annick, Administratrice



SAUX Paul, Administrateur

EVOLUTION DU RISQUE

Le coût du risque moyen par personne protégée en 2012 (326,15 €) pour la Mutuelle de Brocéliande a progressé de 1,9 % par rapport à 2011.

Les principales dérives du risque pour Brocéliande Mutualité en 2012

Codifications des actes	Risques 2011	Risques 2012	Progression	%
Montures « optique adulte »	11,63 €	12,62 €	+ 0,99 €	+ 8,5 %
Prothèses dentaires refusées	1,50 €	2,21 €	+ 0,71 €	+ 47 %
Suppléments verres adultes	23,34 €	25,45 €	+ 2,11 €	+ 9,4 %
Médicaments vignettes bleues	19,07 €	19,27 €	+ 0,20 €	+ 1 %

ACTIVITE TECHNIQUE A BROCELIANDE MUTUALITE

Sur l'année 2012, nous avons traité 106 094 dossiers de prestations pour l'ensemble des bénéficiaires affiliés à la Mutuelle de Brocéliande dont :

- 33 972 dossiers réglés aux adhérents en échanges directs avec la Sécurité Sociale (régimes salariés et agricole),
- 55 027 dossiers réglés aux pharmaciens en échanges avec les concentrateurs,
- 6 874 dossiers « ressaisi » sur des rejets d'échanges et contrôles informatiques de tiers,
- 2 826 dossiers « CMU »,
- 7 336 dossiers saisis sur décomptes et factures pour remboursement à l'adhérent.

Sur cette même période, nous avons réglé par subrogation 1 544 340 € pour les adhérents de la Mutuelle de Brocéliande :

- 575 552 € aux pharmaciens,
- 476 095 € aux établissements de soins, (+ 8 %),
- 316 176 € aux opticiens (+ 9 %),
- 176 517 € à d'autres praticiens.

Pour l'ensemble des mutualistes affiliés à Brocéliande Mutualité, le coût du risque moyen en 2012 était de 326,15 € (tous contrats et garanties confondus). L'effectif protégé avait un âge moyen de 42,35 ans au 31 décembre 2012, en légère baisse par rapport à 2011. Les adhérents de moins de 40 ans représentent 44 % de la population couverte, ce qui a une incidence positive sur la gestion du risque et la pérennité de la solidarité intergénérationnelle.

EVOLUTION DE BROCELIANDE MUTUALITE

Le nombre de mutualistes affiliés à « Brocéliande Mutualité » avec ouverture de droits au 31 décembre 2012 était de 7 685 personnes contre un peu plus de 3 000 lors de l'implantation locale. En comptabilisant les radiations (principalement pour des mutuelles obligatoires) le solde d'effectifs est positif de + 43 bénéficiaires pour la Mutuelle de Brocéliande par rapport au 31 décembre 2011.

Le secteur de développement de Brocéliande Mutualité accuse une baisse du nombre d'adhérents sur trois départements bretons limitrophes (- 2 dans le Finistère, - 11 en Ille-et-Vilaine, et - 11 dans le Morbihan). Seul le département des Côtes d'Armor affiche une hausse des adhérents avec + 17 personnes protégées.

ACTIVITE DE BROCELIANDE MUTUALITE

Activité des bureaux au cours de l'année 2012

A MONTFORT : La Mutuelle a répondu à 636 demandes tarifaires, et enregistré l'adhésion de 287 familles, soit 425 affiliations en individuels. Les nouvelles adhésions ont généré un encaissement annuel de 153 629.52 €. Sur cette même période nous avons eu 2 709 passages au guichet, 5 667 informations téléphoniques et nous avons traité 6 191 courriers au bureau de Montfort.

A St MEEN : La Mutuelle a répondu à 291 demandes tarifaires, et enregistré l'adhésion de 146 familles, soit 251 mutualistes individuels. Les nouvelles adhésions ont généré un encaissement annuel de 75 912.24 €. Sur cette même période, le bureau de St Méen a géré 1 062 renseignements au guichet, 1 572 informations téléphoniques et traité 1 169 courriers. La gestion et le développement sont partagés avec le secrétariat statutaire et social et les impayés.

Evolution du nombre de mutualistes affiliés à Brocéliande Mutualité

Effectifs	Décembre 2011	Décembre 2012	Evolution N /N-1	Idéale Invalidité
Bénéficiaires ⁽¹⁾	7 642 personnes	7 685 personnes	+ 43 personnes	72

⁽¹⁾ Nombre de mutualistes ayant un contrat dont les droits sont ouverts.

Le développement « individuel » à Brocéliande Mutualité

ACTIVITE	MONTFORT	St MEEN	BROCELIANDE	N /N-1
Demandes tarifaires	636	291	927	- 17 %
Adhésions familles	287	146	433	- 7 %
Bénéficiaires inscrits	425	251	676	- 8 %
Encaissements nouvelles adhésions	153 629 €	75 912 €	229 541 €	- 7 %

S'agissant des contrats individuels, le choix des adhérents est de plus en plus dicté par des considérations économiques, compte tenu des augmentations tarifaires qui nous sont imposées par d'incontournables ajustements sur les prestations. Cependant, les chiffres confortent la position d'Unimutuelles sur le bassin et encouragent au développement de nos valeurs mutualistes.

PRINCIPAUX CHOIX INDIVIDUELS	31/12/2011	31/12/2012	N/N-1
Garantie Idéale Plus	2 576	2 432	- 144
Garantie Idéale	611	612	+ 1
Garantie Idéale Santé	510	515	+ 5
Garantie Idéale Jeunes	318	381	+ 63
Garantie Idéale Economique	123	118	- 5
PRESTA +	152	137	- 15

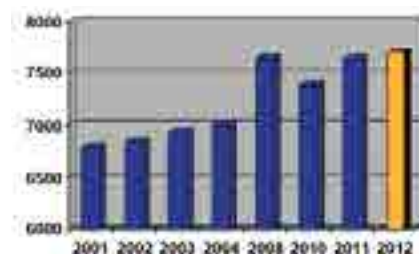
Autres garanties	316	319	+3
------------------	-----	-----	----

TOTAL CONTRATS INDIVIDUELS	4606	4514	-92
-----------------------------------	-------------	-------------	------------

L'EFFECTIF A BROCELIANDE MUTUALITE

Evolution du nombre d'adhérents à Brocéliande Mutualité

Après avoir enregistré une légère diminution de ses effectifs en 2010, qui s'expliquait par la mise en place de contrats collectifs obligatoires dans beaucoup d'entreprises (accords de branches), la Section de Brocéliande a vu, à nouveau ses effectifs progresser depuis 2011.



ACTIVITE STATUTAIRE DE LA SECTION DE BROCELIANDE

La Commission Statutaire et Sociale, composée de mutualistes élus, se réunit chaque mois. De nombreuses demandes ont fait l'objet de refus et en particulier pour des dossiers incomplets, ou des demandes considérées injustifiées par les membres de la commission, qui n'est composée que de représentants des adhérents cotisants et élus. Les dossiers, qui sont confidentiels, sont traités sans délai et les demandeurs reçoivent un courrier de confirmation argumentant la décision de la commission.



Assemblée Générale

Décisions de la Commission Statutaire et Sociale sur l'année 2012

Dossiers traités en 2012	Nombre	Montants
Remboursements de cotisations « mutuelles obligatoires »	110	6 286,41 €
Remboursements de cotisations « trop perçu »	145	20 331,42 €
Remboursements de prestations par dérogation aux statuts	8	1 360,07 €
Autres prestations sociales et dérogatoires	13	2 700 €

276 dossiers ont fait l'objet d'une réponse positive de la Commission, pour lesquels Brocéliande Mutualité a engagé une dépense totale de 4 060,07 € de prestations et secours et 26 617,83 € de remboursements de cotisations.

En 2012, la Section Brocéliande Mutualité a engagé des dépenses de fonctionnement statutaire pour un montant total de 5 306,26 € dans le cadre de son activité. Il s'agit essentiellement des frais de réunions, commissions, missions et d'Assemblée Générale. La Section a également engagé des dépenses en communication locale pour un montant total de 2 114,00 €. Pour les déplacements des élus bénévoles, qui organisent leur covoiturage, le total des indemnités versées en 2012 s'élève à 1 279,00 €. Les élus bénévoles ont consacré 236 heures 45 à l'activité statutaire de Mutuelle.

En 2012, nous avons enregistré 55 adhésions de nouveaux nés. L'inscription de l'enfant sur le dossier des parents a induit le versement de 7 258,10 € de primes maternités. Lors de l'adhésion d'un enfant, l'adhérent est invité à se présenter au bureau pour choisir une paire de chaussures et il lui est offert un fascicule du « guide du bébé ».

En 2012, nous avons enregistré le décès de 71 mutualistes ; la Mutuelle de Brocéliande a pris en charge une partie des frais d'obsèques, conformément aux dispositions prévues par les contrats Mutualistes, soit un total de 33 103,63 € d'indemnités obsèques. Des prestations complémentaires de capitaux décès sont réglées par l'UNPMF (Organisme de Prévoyance de la Mutualité Française).

GESTION SOCIALE A BROCELIANDE MUTUALITE

Au 31 décembre 2012, 146 personnes étaient inscrites en garantie CMU Complémentaire à Brocéliande Mutualité, soit 38 de moins que l'an passé. Pour la gestion des prestations des bénéficiaires, le fonds CMU nous a reversé une cotisation annuelle forfaitaire de 370 € par personne couverte. La dotation vient en abattement de la taxe CMU de 6,27 % répercutée sur l'ensemble des cotisations acquises de l'exercice.

Les bénéficiaires « sortants de CMU » peuvent prétendre à la continuité du « panier de biens et services » pendant 1 an : Aucune personne n'était inscrite dans ce dispositif à la fin de l'année 2012.

125 personnes étaient inscrites (en individuel) dans le nouveau dispositif national d'Aide à la Complémentaire Santé ACS (appelé aussi crédit d'impôt ou chèque santé), soit 8 de plus qu'en 2011. La participation annuelle du Fonds National à la Cotisation Mutuelle est de :

- 100 € pour les moins de 16 ans,
- 200 € de 16 ans à 49 ans,
- 350 € de 50 à 59 ans,
- 500 € pour les plus de 60 ans.

Cette participation était accordée aux personnes dont les revenus ne dépassaient pas le plafond CMU de 35 % en 2012.

Garanties choisies par les adhérents

Garanties choisies	Base Plus	Idéale	Idéale Plus	Idéale Invalidité
Adhérents ACS	14	33	98	116

Au 31 décembre 2012, nous comptons 1 571 mutualistes dans le groupe de l'AMBPI affiliés à Brocéliande Mutualité (soit 100 de plus que l'an passé). Il s'agit d'un dispositif spécifique avec une garantie adaptée, financièrement équilibré, destiné aux personnes en invalidité, qui relèvent du « régime 120 ». 1 296 personnes en invalidité étaient adhérentes du groupe B250 ainsi que 275 conjoints et enfants, qui bénéficient de la garantie Idéale Plus.

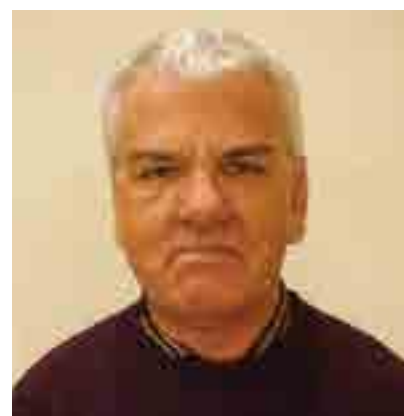
CONTENTIEUX ET RECOUVREMENTS

Au cours de l'année 2012, la Section a procédé à la radiation de 36 bénéficiaires pour non paiement de cotisations, après deux rappels, mise en demeure et avis de radiation, conformément aux statuts et règlements.

Par ailleurs, le suivi des impayés a permis à la Section de Brocéliande de procéder au recouvrement de 7 495,36 € de cotisations dues sur l'exercice.

Au cours de l'année, la Section a également récupéré 43,85 € de débours auprès des Compagnies d'Assurances. Les sommes récupérées auprès des établissements de soins et professionnels de santé sont intégrées aux données techniques.

Au cours de l'année 2012, Brocéliande Mutualité n'a pas eu à traiter de procédures de contentieux formalisées par des adhérents, attendu que la Commission Statutaire et Sociale qui délibère chaque mois au bureau de St Méen le Grand, apporte toujours des réponses appropriées aux sollicitations des adhérents.



TROADEC Jean, Administrateur

Rapport annuel du PAYS DU GRANIT

Section locale d'Unimutuelles

Depuis la dernière Assemblée Générale, les membres ou une partie des élus de la Section se sont réunis à 4 reprises, pour délibérer en Commission Statutaire et Sociale, en Commission de Gestion ou en réunion préparatoire dans les locaux de la Mutuelle, et à la salle de fête de Poilley pour :

- Préparer, planifier et organiser l'activité statutaire de la section,
- Assurer le suivi technique et formaliser les modifications réglementaires,
- Délibérer sur des actions et partenariats locaux,
- Engager les dépenses de promotion, statutaires et sociales.

LES INSTANCES STATUTAIRES

La Section Pays du Granit est représentée au sein du Conseil d'Administration d'Unimutuelles par 4 Administrateurs :

- Madame Annick COSTENTIN,
- Monsieur Pierrick HERVE,
- Monsieur André BRARD,
- Monsieur Yann LEBOSSETIER.

FAITS MARQUANTS

L'année 2012 aura été riche en faits marquants pour Unimutuelles :

- L'adhésion à l'Association Diversité Proximité Mutualiste (ADPM), née de la volonté d'acteurs mutualistes de petite et moyenne taille de s'unir pour faire valoir leurs stratégies de présence et de développement dans la reconfiguration sans cesse mouvante du paysage mutualiste et assurantiel.
- L'entrée en fiscalité des Mutuelles, qui sont désormais assujetties à l'Impôt sur les Sociétés. Le bilan d'entrée en fiscalité a été réalisé en partenariat avec la CAFEX, notre cabinet comptable, et Marcuss PARTNERS-MAZARS,
- Le changement de Commissaire aux Comptes, suite au départ en retraite de Monsieur François DY,



Assemblée Générale.

- L'inscription dans le conventionnement hospitalier, afin de faire limiter par la Mutualité Française Bretagne, les hausses de tarifs des chambres particulières en hospitalisation,
- Préparation de la migration informatique prévue au 1^{er} janvier 2013, avec une révision de la conception réseau,
- Plusieurs sessions de formation sur l'utilisation du nouvel outil informatique (comité de pilotage et utilisateurs),
- Réflexion sur une mutualisation de certaines fonctions, en partenariat avec d'autres mutuelles,
- D'importants mouvements de personnel, dont le départ de Madame Ghislaine MERIENNE, salariée de l'agence de Louvigné depuis le 26 novembre 1986,
- La demande de labellisation de certains de nos contrats pour les agents territoriaux. Celle-ci a été validée par le Cabinet Actélior le 18 décembre 2012,
- La réorientation d'un certain nombre de nos placements financiers vers des supports sécurisés plus rémunérateurs, nous permettant d'améliorer le taux de couverture de nos engagements,
- L'harmonisation du contrat UNPMF pour les différentes Sections d'Unimutuelles,
- Une évolution dans nos opérations de communication : Unimutuelles a innové en 2012, en diffusant trois spots de 20 secondes chacun, dans plusieurs salles de cinéma du département, dont Fougères et Saint Hilaire du Harcouët. Unimutuelles a également communiqué davantage via les réseaux sociaux (Facebook, ...),
- La signature ou la reconduction de partenariats avec des clubs sportifs du département : Badminton, Volley-Ball, Football, ...
- La participation au Congrès de la Mutualité, qui s'est tenu à Nice, en octobre 2012.

EVOLUTION FINANCIERE AU PAYS DU GRANIT

Eléments statistiques	Année 2011	Année 2012	Progression	Evolution
Cotisations encaissées ⁽¹⁾	1 071 940 €	1 144 638 €	+ 72 698 €	+ 7 %
Prestations réglées ⁽¹⁾	834 842 €	821 859 €	-12 983 €	- 1,56 %

⁽¹⁾ hors provisions, régularisations et opérations diverses.



COSTENTIN Annick, Administratrice

EVOLUTION DU RISQUE

Nous enregistrons une baisse du coût du risque au niveau du poste pharmacie. La Mutuelle du Pays du Granit a remboursé 127,80 € par personne protégée en 2012, contre 139,54 € en 2011.

Codifications des actes	Risques 2011	Risques 2012	Progression	%
Suppléments hospitaliers	70,89 €	77,55 €	+ 6,66 €	+ 9,40 %
Produits pharmaceutiques	139,54 €	127,80 €	- 11,74 €	- 8,42 %
Consultations et visites	30,48 €	30,82 €	+ 0,33 €	+ 1,09 %
Médicaments vignettes bleues	19,07 €	19,27 €	+ 0,20 €	+ 1 %



LEBOISSETIER Yann, Administrateur

ACTIVITE TECHNIQUE AU PAYS DU GRANIT

Sur l'année 2012, nous avons traité 29 403 dossiers de prestations (- 1,56 %) pour l'ensemble des bénéficiaires affiliés à la Section « Pays du Granit » dont :

- 8 605 dossiers réglés aux adhérents en échanges directs avec la Sécurité Sociale (régime général et agricole), soit une diminution de 10 dossiers en 2012,
- 16 571 dossiers réglés aux pharmaciens en échanges avec les concentrateurs,
- 469 dossiers « ressaisi » sur des rejets d'échanges et contrôles informatiques de tiers,
- 3 758 dossiers saisis sur décomptes et factures.

Sur cette même période, nous avons réglé par subrogation pour les adhérents de la Mutuelle du Pays du Granit :

- 237 459 € aux pharmaciens,
- 225 263 € aux établissements de soins,
- 66 325 € aux opticiens,
- 47 667 € à d'autres praticiens.

Pour l'ensemble des mutualistes affiliés à la Mutuelle au Pays du Granit, le coût du risque moyen en 2012 était de 337,09 € contre 479,79 € en 2011, (tous contrats et garanties confondus). L'effectif protégé avait un âge moyen de 52,78 ans au 31 décembre 2012. Il convient de poursuivre notre effort de développement en direction des jeunes pour assurer la pérennité de la solidarité intergénérationnelle.

DEVELOPPEMENT AU PAYS DU GRANIT

En 2012, la fréquentation du bureau de Louvigné a diminué avec 968 passages, en raison des automatismes de traitements des prestations et la proximité du bureau de Fougères ; on note également une baisse du nombre de courriers traités (- 259). A Fougères, sur la même période, la fréquentation était de 813 passages et de 448 courriers traités.

1 710 personnes étaient affiliées à la Section Pays du Granit avec ouverture de droits au 31 décembre 2012. En comptabilisant les radiations, principalement pour des mutuelles obligatoires et décès, le solde d'effectifs est négatif de 30 bénéficiaires pour la Mutuelle du Pays du Granit.



MASSE Louis, Administrateur

Evolution de l'activité au cours de l'année 2012

A Louvigné du Désert, la Mutuelle a répondu à 132 demandes tarifaires, et enregistré l'adhésion de 70 familles, soit 112 nouveaux mutualistes individuels. Sur cette même période, le bureau de Louvigné a géré 968 renseignements au guichet, 602 informations téléphoniques et traité 1 385 courriers. L'encaissement annuel est de 46 781,64 € sur les nouvelles adhésions.

Au bureau de Fougères, la Mutuelle a répondu, à 159 demandes tarifaires et a enregistré l'adhésion de 71 familles, soit 131 nouveaux mutualistes individuels. Sur cette même période, le bureau de Fougères a géré 813 renseignements au guichet, 1 214 informations téléphoniques, et traité 484 courriers. Les adhésions enregistrées ont généré un encaissement de 40 523,16 € sur l'exercice 2012.

Evolution du nombre de mutualistes affiliés au Pays du Granit

Effectifs	Décembre 2011	Décembre 2012	Evolution N / N-1
Bénéficiaires ⁽¹⁾	1 740	1 710	-30

⁽¹⁾ Nombre de mutualistes ayant un contrat dont les droits sont ouverts.

S'agissant des contrats individuels, les choix des adhérents sont de plus en plus dictés par des considérations économiques, compte tenu des augmentations tarifaires qui nous sont imposées par d'incontournables ajustements sur les prestations. Face à cette situation, nous avons élargi le panel des garanties à nos 9 offres, nous avons ajouté la surcomplémentaire Presta+ depuis le 1^{er} juillet 2009.

PRINCIPAUX CHOIX INDIVIDUELS	31/12/2011	31/12/2012	N/N-1
Garantie Idéale Plus	1236	1189	- 47
Garantie Idéale	98	98	0
Garantie Idéale Santé	59	77	+ 18
Garantie Idéale Jeunes	79	79	0
Garantie Idéale Economique	90	97	+ 7
PRESTA +	152	137	-15
Autres garanties	178	170	- 8
TOTAL CONTRATS INDIVIDUELS	1 740	1 710	-30

ACTIVITE STATUTAIRE ET SOCIALE DE LA SECTION

La Commission Statutaire et Sociale, composée de mutualistes élus, s'est réunie en fonction des demandes des adhérents. La commission n'est composée que de représentants des adhérents cotisants et élus.

Les dossiers sont traités sans délai et les demandeurs reçoivent un courrier de confirmation argumentant la décision de la commission.



Soirée de l'Assemblée Générale

Décisions de la Commission Statutaire et Sociale sur l'année

Dossiers traités en 2012	Nombre	Montants
Remboursements de cotisations « mutuelles obligatoires »	26	1 728,10 €
Remboursements de cotisations « trop perçu »	40	4 917,06 €
Remboursements de « prestations dérogatoires »	0	0 €
Remboursements de secours et fonds social	1	200,00 €

67 dossiers ont fait l'objet d'une réponse positive de la commission, pour lesquels la Mutuelle a engagé une dépense totale de 6 845,16 €.

Au cours de l'année 2012, nous avons également enregistré 11 naissances avec adhésions d'enfants. L'inscription de l'enfant sur le dossier des parents a induit le versement de 1 345 € de primes « maternité ». Lors de l'adhésion d'un enfant, l'adhérent est invité à se présenter au bureau pour choisir une paire de chaussures et se faire remettre un fascicule « Guide du bébé ».

En 2012, la Section Pays du Granit a engagé des dépenses de fonctionnement statutaire dans le cadre de son activité. Il s'agit essentiellement des frais de réunions et de déplacements des élus, de missions et d'assemblée générale pour un total de 3 043,68 €. La Section a également engagé des dépenses en communication locale pour un montant total de 2 384,68 €.

Au cours de l'année passée, nous avons enregistré le décès de 30 mutualistes, la Mutuelle du Pays du Granit a remboursé une partie des frais d'obsèques (763 € par dossier), conformément aux dispositions prévues par les contrats Mutualistes, soit un total de 22 127 € pour l'année 2012, l'indemnité n'ayant pas été versée pour un contrat idéale santé.

Des prestations complémentaires de capitaux décès sont réglées par MUTEX S.A. (Organisme de Prévoyance de la Mutualité Françaises), en cas de décès avant 65 ans (suivant la garantie choisie).

DISPOSITIFS SOCIAUX AU PAYS DU GRANIT

Au 31 décembre 2012, 19 personnes étaient inscrites en garantie CMU Complémentaire à la Section Pays du Granit. Pour la gestion des prestations des bénéfi-



Assemblée Générale.

ciaires, le fonds CMU nous a reversé une cotisation annuelle forfaitaire de 370 € par personne couverte. La dotation vient en abattement de la taxe CMU de 6,27 % des cotisations encaissées.

40 personnes étaient inscrites dans le nouveau dispositif national d'aide à la mutualisation (appelé « crédit d'impôt » ou « chèque santé ») pour lesquelles la participation annuelle du fonds national à la cotisation mutuelle au 1 janvier 2012 est de :

- Moins de 16 ans = 100 €
- 16 ans à 49 ans = 200 €
- 50 ans à 59 ans = 350 €
- 60 ans et plus = 500 €

Cette participation est désormais accordée aux personnes dont les revenus ne dépassent pas le plafond CMU de 35 %.

Au 31 décembre 2012, nous comptons 119 bénéficiaires dans le groupe de l'AMBPI pour la Mutuelle du Pays du Granit. Il s'agit d'un dispositif spécifique, financièrement équilibré, destiné aux personnes en invalidité, qui relèvent du « régime 120 ».

CONTENTIEUX ET RECOUVREMENTS

Au cours de l'année 2012 la Section a procédé à la radiation de 5 bénéficiaires pour non paiement de cotisations, après deux rappels, mise en demeure et avis de radiation, conformément aux statuts et règlements.

Par ailleurs, le suivi des impayés a permis à la Section Pays du Granit de procéder au recouvrement de 965,14 € de cotisations dues sur l'exercice, et 948,31 € de débours auprès des Compagnies d'Assurances.

Au cours de l'année 2012, la Section Pays du Granit n'a pas eu à traiter de procédures de contentieux formalisées par des adhérents, attendu que la Commission Statutaire et Sociale, qui délibère régulièrement au bureau de Louvigné, apporte toujours des réponses appropriées aux sollicitations des adhérents.

Rapport annuel des MARCHES DE BRETAGNE

Section locale d'Unimutuelles

Depuis la dernière Assemblée Générale, les élus de la Section des Marches de Bretagne se sont réunis à 11 reprises, pour délibérer en Commissions Statutaires et Sociales. Les élus de la Commission de Gestion se sont également réunis 2 fois en 2012 pour :

- Préparer, planifier et organiser l'activité statutaire de la section,
- Mettre en œuvre des projets et des actions de partenariat au plan local,
- Assurer le suivi technique et formaliser les modifications réglementaires,

Les réunions se sont déroulées alternativement à Vitré et à La Guerche de Bretagne. Les représentants des adhérents qui siègent dans les différentes instances ne sont pas rémunérés pour leurs missions. Ils ont consacré l'équivalent de 25 jours plein temps en bénévolat, induisant une valorisation en annexe du bilan de la mutuelle, conformément aux nouvelles règles comptables.

LES INSTANCES STATUTAIRES

La Section des Marches de Bretagne était représentée en 2012 au sein du Conseil d'Administration d'Unimutuelles par 8 Administrateurs :

- Madame Danièle FAUVEL,
- Madame Marie-Thérèse SOUVESTRE,
- Monsieur Alain CASAGRANDE,
- Monsieur André GOUPIL,
- Monsieur Germain DOKI,
- Monsieur Joseph FAUCHEUX,
- Monsieur Alain VAILLANT,
- Monsieur Jean Paul PERRONNERIE.

Les Administrateurs représentent également la Section des Marches de Bretagne à l'Assemblée Générale de la Mutualité Française d'Ille et Vilaine. Monsieur Germain DOKI occupe un poste d'Administrateur à la Fédération Départementale ; il est plus particulièrement membre permanent de la Commission Prévention de la Mutualité.



Assemblée Générale.

FAITS MARQUANTS

L'année 2012 aura été riche en faits marquants pour Unimutuelles :

- L'adhésion à l'Association Diversité Proximité Mutualiste (ADPM), née de la volonté d'acteurs mutualistes de petite et moyenne taille de s'unir pour faire valoir leurs stratégies de présence et de développement dans la reconfiguration sans cesse mouvante du paysage mutualiste et assurantiel.
- L'entrée en fiscalité des Mutuelles, qui sont désormais assujetties à l'Impôt sur les Sociétés. Le bilan d'entrée en fiscalité a été réalisé en partenariat avec la CAFEX, notre cabinet comptable, et Marccus PARTNERS-MAZARS,
- Le changement de Commissaire aux Comptes, suite au départ en retraite de Monsieur François DY,
- L'inscription dans le conventionnement hospitalier, afin de faire limiter par la Mutualité Française Bretagne, les hausses de tarifs des chambres particulières en hospitalisation,
- Préparation de la migration informatique prévue au 1^{er} janvier 2013, avec une révision de la conception réseau,
- Plusieurs sessions de formation sur l'utilisation du nouvel outil informatique (comité de pilotage et utilisateurs),
- Réflexion sur une mutualisation de certaines fonctions, en partenariat avec d'autres mutuelles,
- D'importants mouvements de personnel,
- La demande de labellisation de certains de nos contrats pour les agents territoriaux. Celle-ci a été validée par le Cabinet Actélior le 18 décembre 2012,
- La réorientation d'un certain nombre de nos placements financiers vers des supports sécurisés plus rémunérateurs, nous permettant d'améliorer le taux de couverture de nos engagements,
- L'harmonisation du contrat UNPMF pour les différentes Sections d'Unimutuelles,
- Une évolution dans nos opérations de communication : Unimutuelles a innové en 2012, en diffusant trois spots de 20 secondes chacun, dans plusieurs salles de cinéma du département, dont Vitré et La Guerche de Bretagne. Unimutuelles a également communiqué davantage via les réseaux sociaux (Facebook, ...),
- La signature ou la reconduction de partenariats avec des clubs sportifs du département : Badminton, Volley-Ball, Football, ...
- La participation au Congrès de la Mutualité, qui s'est tenu à Nice, en octobre 2012.

Eléments statistiques	Année 2011	Année 2012	Progression	Evolution
Cotisations encaissées ⁽¹⁾	3 900 151 €	4 003 249 €	103 098 €	+ 2,64 %
Prestations réglées ⁽¹⁾	3 037 115 €	2 957 978 €	-79 137 €	- 2,61%

⁽¹⁾ éléments statistiques de l'année.



SOUVESTRE Marie-Thérèse, Administratrice



FAUVEL Danièle, Administratrice



GOUPIL André, Administrateur



CASAGRANDE Alain, Administrateur

EVOLUTION DU RISQUE

Le coût du risque moyen, par personne protégée, aux Marches de Bretagne, a progressé de 1,38 % par rapport à 2011 ; passant de 332,54 € à 337,13 €.

Les principales dérives du risque aux Marches de Bretagne en 2012

Codifications des actes	Risques 2011	Risques 2012	Progression	%
Chirurgie	4,80 €	4,23 €	- 0,57 €	- 11,88 %
Dentaire	53,10 €	49,95 €	- 3,15 €	- 5,93 %
Prévention	6,18 €	7,01 €	+ 0,83 €	+ 13,43 %
Optique	52,65 €	50,83 €	- 1,82 €	- 3,45 %

Nous constatons, sur l'année 2012, une augmentation du coût du risque pharmacie. La Section des Marches de Bretagne a remboursé en moyenne 77,62 € de médicaments par personne couverte en 2012, contre 76,82 € en 2011, 72,82 € en 2010, 78,43 € en 2009, 75,00 € en 2008 et 73,45 € en 2007.

L'effectif protégé avait un âge moyen de 40,11 ans au 31 décembre 2012.

GESTION DES FLUX AUX MARCHES DE BRETAGNE

Sur l'année 2012, nous avons traité 125 758 dossiers de prestations (5 857 de moins qu'en 2011) pour l'ensemble des bénéficiaires affiliés à la Mutuelle des Marches de Bretagne dont :

- 46 669 dossiers réglés en échanges directs avec la sécurité sociale,
- 61 698 dossiers réglés aux pharmaciens en échanges avec les concentrateurs,
- 2 579 dossiers « ressaisi » sur des rejets d'échanges et contrôles informatiques,
- 6 588 dossiers saisis sur des règlements aux Établissements de soins et autres tiers,
- 8 166 dossiers saisis sur décomptes et factures à l'assuré.

Sur cette même période nous avons réglé, notamment par subrogation pour les adhérents de la Mutuelle des Marches de Bretagne :

- 658 106 € aux pharmaciens,
- 494 610 € aux établissements de soins,
- 383 620 € aux opticiens,
- 225 595 € à d'autres praticiens.

DEVELOPPEMENT AUX MARCHES DE BRETAGNE

La proximité est toujours appréciée des adhérents puisque nous avons répondu à 6 460 sollicitations, dans le cadre de relations avec la population locale, aux lieux d'accueils des Marches de Bretagne.

Le nombre de mutualistes affiliés aux « Marches de Bretagne » avec ouverture de droits au 31 décembre 2012 était de 8 774 personnes contre un peu plus de 3 000 lors de l'implantation locale. En comptabilisant les radiations (principalement pour des mutuelles obligatoires) le solde d'effectifs est négatif (- 350 personnes protégées, soit - 3,83 %) pour les Marches de Bretagne par rapport au 31 décembre 2011.

Activité des bureaux au cours de l'année 2012

à VITRÉ : La Mutuelle a répondu à 584 demandes tarifaires, et enregistré l'adhésion de 302 familles, soit 463 nouveaux mutualistes individuels (ou mutations internes). Les nouvelles adhésions ont généré un encaissement annuel de 151 126 €. Sur cette même période nous avons eu 4 845 passages au guichet, 4 472 informations téléphoniques et nous avons traité 4 731 courriers.

à LA GUERCHE : La Mutuelle a répondu à 229 demandes tarifaires, et enregistré l'adhésion de 125 familles, soit 195 nouveaux mutualistes individuels. Sur cette même période, le bureau de La Guerche a géré 1 615 renseignements au guichet, 1 297 informations téléphoniques et traité 1 729 courriers. L'activité de gestion et développement sont partagés avec la comptabilité d'Unimutuelles.

Le développement « individuel » aux Marches de Bretagne en 2012

ACTIVITE	VITRE	LA GUERCHE	TOTAL MARCHES	N/N-1
Demandes tarifaires	584	229	813	- 4,80 %
Adhésions familles	302	125	427	- 7,9 %
Bénéficiaires inscrits	463	195	658	- 7,71 %
Encaissements année	151 126 €	66 114 €	217 240	+ 2,38 %

S'agissant des contrats individuels, les choix des adhérents sont de plus en plus dictés par des considérations économiques, compte tenu des augmentations tarifaires qui nous sont imposées par d'incontournables ajustements sur les prestations.

PRINCIPAUX CHOIX INDIVIDUELS	31/12/2011	31/12/2012	N/N-1
Garantie Idéale Plus	1 638	1 740	- 1 02
Garantie Idéale	774	785	- 11
Garantie Idéale Santé	310	329	- 19
Garantie Idéale Jeunes	77	78	- 1
Garantie Idéale Economique	1 298	1 087	+ 211
PRESTA +	152	137	- 15

TOTAL CONTRATS INDIVIDUELS	4 097	4 019	+ 78
-----------------------------------	--------------	--------------	-------------

Bien que l'activité et le suivi de développement soient optimisés, nous constatons que le différentiel est important entre le nombre de nouveaux adhérents et le solde de l'effectif cotisant, en raison d'un accroissement du nombre de fermetures de contrats.

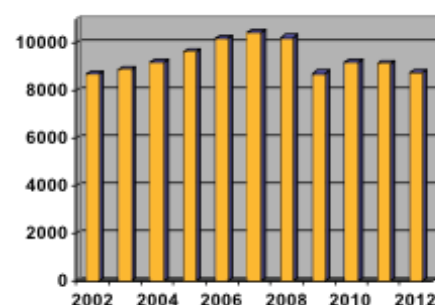
L'analyse des ruptures et modifications de contrats nous montre que seulement 4,91 % des demandeurs ont quitté la Mutuelle pour des raisons de garanties ou de tarifs.

L'essentiel des mouvements est motivé par des changements de situations (35,79 %) ou des contrats groupes obligatoires (26,50 %). La loi Châtel a été évoquée par 3,01 % de la totalité des radiations. Nous avons également enregistré 5,83 % de décès en 2012.

L'EFFECTIF AUX MARCHES DE BRETAGNE

Evolution du nombre d'adhérents à la Section des Marches de Bretagne

En 2012, la Section des Marches de Bretagne a enregistré une légère diminution du nombre d'adhérents, (perte de 369 personnes protégées).



ACTIVITE STATUTAIRE DE LA SECTION DES MARCHES DE BRETAGNE

En 2012, les élus bénévoles de la Section ont consacré 172 heures à l'activité statutaire des Marches de Bretagne, sans aucune indemnisation autre que la prise en charge des frais de repas et de déplacements. Pour l'ensemble des activités statutaires, la Section des Marches de Bretagne a engagé des dépenses de fonctionnement pour un montant total de 4 921 € correspondant aux frais de réunions, commissions, missions, assemblée générale. Pour les déplacements des élus bénévoles, qui organisent leur covoiturage, le total des indemnités versées en 2012 à 1 404,50 €.



Assemblée Générale

Décisions de la Commission Statutaire et Sociale sur l'année

Dossiers traités en 2012	Nombre	Montants
Remboursements de cotisations « mutuelles obligatoires »	84	6 082,52 €
Remboursements de cotisations « trop perçu »	77	12 631,54 €
Secours exceptionnels et autres remboursements	21	3 985,22 €
Autres prestations sociales et dérogatoires	13	2 700 €

204 dossiers ont fait l'objet d'une réponse positive de la Commission, pour lesquels la Section des Marches de Bretagne a engagé une dépense totale de 22 699,28 €. Les membres de la Commission ont notifié aux adhérents 6 refus de prise en charge au cours de l'année 2012.

Au cours de l'année 2012, la Section a également enregistré 174 naissances, avec affiliation des enfants aux Marches de Bretagne. L'inscription de l'enfant sur le dossier des parents a induit le versement de 13 799 € de prestations complémentaires « maternité » (en plus des frais facturés par les établissements de Soins). Lors de l'inscription d'un enfant, l'adhérent est invité à se présenter au bureau pour choisir une paire de chaussures et se faire remettre un fascicule « guide du bébé ».

En 2012, nous avons enregistré le décès de 64 mutualistes ; la Section des Marches de Bretagne a pris en charge une partie des frais d'obsèques, conformément aux dispositions prévues par les contrats Mutualistes, pour un total de 34 335 €. Des prestations complémentaires de capitaux décès sont réglées par l'UNPMF (Organisme de Prévoyance de la Mutualité Française (en cas de décès avant 65 ans).

L'ACTION SOCIALE AUX MARCHES DE BRETAGNE

Au 31 décembre 2012, 159 personnes étaient inscrites en garantie CMU Complémentaire à la Section des Marches de Bretagne, soit 6 de moins que l'an passé. Pour la gestion des prestations des bénéficiaires, le fonds CMU nous a reversé une cotisation annuelle forfaitaire de 370 € par personne couverte. La dotation vient en abattement de la taxe CMU de 6,27 % répercutée sur l'ensemble des cotisations acquises de l'exercice.

114 personnes étaient inscrites dans le nouveau dispositif national d'aide à la complémentaire santé (appelé aussi crédit d'impôt ou chèque santé) pour lesquelles la participation annuelle du fonds national à la cotisation mutuelle au 1^{er} janvier 2012 est de :

- Moins de 16 ans = 100 €
- 16 ans à 49 ans = 200 €
- 50 ans à 59 ans = 350 €
- 60 ans et plus = 500 €

Cette participation est désormais accordée aux personnes dont les revenus ne dépassent pas le plafond CMU de 35 %.

Garanties choisies	Base Plus	Idéale	Idéale Plus	Idéale Invalidité
Adhérents ACS	2	51	61	116

Au 31 décembre 2012 nous comptons 421 mutualistes dans le groupe de l'AMBPI des Marches de Bretagne (soit 27 de plus que l'an passé). Il s'agit d'un dispositif spécifique, avec une garantie adaptée, financièrement équilibré, destiné aux personnes en invalidité qui relèvent du « régime 120 ».

CONTENTIEUX ET RECOUVREMENTS

Au cours de l'année 2012, la Section a procédé à la radiation de 29 personnes pour non paiement de cotisations (contre 55 l'an dernier), après deux rappels, une mise en demeure et un avis de radiation, conformément aux statuts et règlements.

Par ailleurs, le suivi des impayés a permis à la Section des Marches de Bretagne de procéder au recouvrement de 3 941,34 € de cotisations dues sur l'exercice. Au cours de l'année, la Section a également récupéré 361,95 € de débours auprès des Compagnies d'Assurances.

Au cours de l'année 2012, la Section des Marches de Bretagne n'a pas eu à traiter de procédures de contentieux formalisées par des adhérents, attendu que la Commission Statutaire et Sociale, qui délibère chaque mois au bureau de Vitry, apporte toujours des réponses appropriées aux sollicitations des adhérents.



Assemblée Générale

Maison TEXTIER



Monsieur Louis TEXTIER fonde l'entreprise familiale, il y a plus d'un demi-siècle à Vitré, au cœur de la Bretagne. Son histoire, ses codes et ses valeurs se sont enrichis au cours des années, et la passion du travail dans les règles de l'art va se transmettre au fil des générations.

Aujourd'hui, la Maison TEXTIER a développé un véritable « savoir-faire français », elle reste parmi les rares artisans maroquiniers à travailler encore dans la pure tradition française.

La maison TEXTIER prend un nouveau tournant en 2012, avec l'arrivée d'un jeune directeur artistique, Baptiste PAGÈS qui s'inspire de l'ADN de la famille TEXTIER pour insuffler une harmonie visuelle et rentrer dans l'ère de la nouvelle dynamique TEXTIER.

La Maison prône un univers autour des femmes « Pionnières » qui ont marqué leurs époques et investi des secteurs jusqu'alors réservés aux hommes tels que l'Automobile et l'Aviation. La femme TEXTIER est audacieuse, aventurière et mondaine. Cette Philosophie est née d'une Passion pour l'Automobile et d'un clin d'œil au premier succès de la maison dans les années 60 : le Sac de Sport.

Pour marquer sa « Nouvelle Dynamique », la Maison TEXTIER matérialise sa Passion à travers ses nouvelles lignes Bolide, Cabriolet et Calandre. L'Arrondi des roues et du volant, le matelassé de la « sellerie », le champ lexical de l'Automobile s'invite sur ces sacs résolument « Sport-Chic ».

Depuis 2009, après une étude comparative et pour répondre à la demande de nos salariés, la Maison TEXTIER a négocié avec Unimutuelles, mutuelle implantée à Vitré, une complémentaire santé avec un tarif groupe dans le cadre d'une adhésion facultative.

Nous avons fait ce choix du fait de sa proximité, de ses garanties et de ses cotisations intéressantes. La moitié des salariés cotisent à Unimutuelles.



MAISON TEXTIER

**10 rue de la Greurie
35500 Vitré**

www.textier.com

UBIFLOW



Conformément à ses valeurs de Respect et de Plaisir dans le travail,

Le Président d'UBIFLOW, Antoine KRIER a choisi en 2012 de baser son entreprise à l'Ubiplex, château entouré d'un parc au bord du canal (Ille-et-Vilaine) qui offre aux 32 salariés d'UBIFLOW et aux 10 occupants de l'espace de coworking un environnement de travail exceptionnel. Au moment de choisir une mutuelle, nous avons privilégié la transparence, autre valeur d'UBIFLOW. Les salariés ont donc été partie prenante dans le choix, 3 organismes ont été retenus et ont eu toute latitude pour leur présenter leur offre. Nos interlocuteurs d'Unimutuelles étaient en compétition avec de très grosses structures affichant des tarifs très compétitifs. Néanmoins l'immense majorité des salariés a retenu leur offre. En dehors de la qualité de la couverture santé, Unimutuelles s'est distinguée par la transparence et l'éthique de son discours, proposant un véritable partenariat avec les adhérents, les responsabilisant, faisant preuve de pédagogie, d'écoute, de bienveillance et d'une grande réactivité pour répondre à toutes les questions des salariés et de la Direction. Nous avons bénéficié d'une interlocutrice dédiée et très impliquée, Sophie BONHEUR. Au moment de la mise en place, Unimutuelles nous a accompagnés sur tous les aspects légaux et a su répondre aux attentes des salariés d'avoir une couverture en place dans un délai très court, malgré la période estivale. Enfin et surtout, contrairement à d'autres organismes qui une fois le contrat signé nous abandonnent à un standard anonyme pour le suivi, nous conservons au quotidien cette relation de proximité, de confiance, et bénéficions toujours d'une grande réactivité dans le traitement de nos demandes.

UBIFLOW conseille et accompagne les professionnels pour la multidiffusion de leurs informations sur Internet et développe des solutions performantes pour valoriser leur activité, leurs produits et dynamiser leurs ventes. Grâce à notre technologie, nous proposons une mise à jour automatique quotidienne des flux d'informations : petites annonces, catalogue produits, promotions... quel que soit leur nombre et complexité. Fort de plus de 12 années d'expérience, de plus de 7 000 professionnels qui nous font confiance et d'une technologie innovante, sûre et fiable, UBIFLOW est aujourd'hui l'interlocuteur privilégié des petites et moyennes entreprises pour les aider à être encore plus performantes avec Internet.

Le référencement local et la solution Se faire connaître

Aujourd'hui, plus de 90 % des français se renseignent en ligne avant d'acheter en magasin ; être présent sur les sites d'avis, les annuaires géolocalisés et les applications mobiles est devenu une étape incontournable du référencement local des points de vente sur Internet, pour attirer les consommateurs en boutique. C'est pourquoi UBIFLOW a développé une solution qui permet de diffuser rapidement et simplement via une interface de saisie centralisée, l'ensemble des informations locales (horaires, coordonnées, photos, services...) d'un ou plusieurs points de vente vers tous les meilleurs sites locaux et annuaires d'avis (Google + Local, Pagesjaunes.fr...)

Pour en savoir plus :

www.sefaireconnaître.com



UBIFLOW

La Vallée

35830 Betton

Tél : 02 99 830 536

www.ubiflow.net

JEANTIL



Une entreprise familiale

La société JEANTIL est une entreprise familiale qui, depuis le début du vingtième siècle, est au service de l'agriculteur, tant au niveau national qu'international. Implantée sur deux sites de production situés à L'Hermitage (Ille-et-Vilaine) et à Saint Aignan sur Roë (Mayenne), la société JEANTIL emploie au total 165 salariés pour un chiffre d'affaires de 27 millions d'€, dont 25 % à l'export. De la conception à la production des machines agricoles, de nombreux métiers sont représentés : ingénieurs, techniciens méthode et ordonnancement, acheteurs, soudeurs, monteurs, usineurs, peintres, magasiniers,... Sans oublier les métiers liés à la commercialisation et à la vente des matériels, ainsi que les métiers de gestion de l'entreprise.

Les différents matériels de la gamme sont produits grâce à des machines industrielles à la pointe de la technologie : commandes numériques, découpe laser, découpe plasma, rouleuse. Cette volonté d'investir dans les moyens de production s'est confirmée en 2013 par l'achat d'une rouleuse à commande numérique, d'un centre d'usinage et d'un laser avec magasin automatisé.

Depuis 2012, les actions sur la sécurité se sont intensifiées afin d'améliorer encore les conditions de travail et de sécurité des salariés, et ainsi réduire le nombre d'accidents du travail. Ces actions s'inscrivent dans un plan de sécurité à long terme et se traduisent notamment par des formations, par des sensibilisations régulières sur le thème de la sécurité auprès des salariés, par l'amélioration des Equipements de Protection Individuels (EPI), par l'amélioration des postes de travail en vue de réduire la pénibilité des tâches, etc...

L'innovation permanente

Constructeur de matériel agricole, la société JEANTIL s'est spécialisée dans le domaine de l'élevage, mais elle a su également développer des exclusivités dans les domaines de l'épandage et du transport, tels que l'épandage de précision avec la régulation automatique des quantités épandues, le premier retourneur d'andains polyvalent, la caisse de bennes à côtés semi cylindriques, ...

L'innovation et la recherche fait partie intégrante des activités de la société : pour preuve, la société JEANTIL possède son propre bureau d'études. Cette recherche constante s'est traduite par le dépôt de brevets.

La société JEANTIL a également été récompensée à plusieurs reprises pour ses innovations techniques :

- 1977 : Médaille d'or au SIMA pour la planteuse de pommes de terre
- 1996 : INEL D'OR au SPACE pour le retourneur d'andains RA 4000
- 2013 : SIMA Innovation Awards, médaille d'argent pour le robot de distribution JEANTIL Automatic Feeding

La dernière innovation 2013 est le robot JEANTIL Automatic Feeding, robot de distribution automatisée d'aliments pour bovins. Grâce à son logiciel de supervision complet pour l'installation, il permet un contrôle total et précis des quantités d'aliments distribuées, tout en libérant du temps d'astreinte à l'alimentation des animaux.

Le choix Unimutuelles

La société JEANTIL a choisi Unimutuelles pour la protection de ses salariés notamment parce que c'est une mutuelle à taille humaine. Il est aussi appréciable d'avoir un interlocuteur à proximité. L'un des points importants lors du choix d'Unimutuelles a été la proposition par la direction d'une protection alignée sur celle des cadres, pour l'ensemble des salariés. Après plusieurs années de collaboration, la société JEANTIL a pu constater la gestion rigoureuse des contrats et des prestations par Unimutuelles.

JEANTIL

Rue de la Tertrais

ZI de la Hautière

BP 50001

35590 L'HERMITAGE

Tél : 02 99 64 04 04

www.jeantil.com

L'Établissement de service d'aide par le travail (ESAT) « Les Ateliers Sévigné » accueille 150 ouvriers sur deux sites (100 à Vitré, 50 à Retiers). Parfaitement intégrée dans l'économie locale, la structure propose de multiples prestations aux entreprises, collectivités et particuliers.



Le monde du travail est souvent difficile à intégrer pour les personnes en situation de handicap. Pour lutter contre cet état de fait, l'ESAT développe plusieurs activités professionnelles adaptées, afin de se positionner sur un marché économique concurrentiel. Installé zone de Plagué à Vitré, l'établissement

accueille cent ouvriers et l'annexe de Retiers, dans la zone artisanale, reçoit cinquante personnes.

« Notre vocation est d'assurer leur insertion sociale et professionnelle », souligne la Directrice, France MORLIER. Pour y parvenir, l'établissement s'entoure de professionnels recrutés à la fois pour leurs qualifications dans leur domaine et leur motivation pour un travail social. Au total, une vingtaine de salariés y sont employés. Six secteurs d'activité ont été créés afin d'offrir à chacun différentes possibilités d'insertion.

Le Câblage

L'équipe est rattachée à l'atelier montage sur Retiers. Des travaux divers et variés en câblages électriques et électromécaniques leur sont parfois proposés. Ce secteur n'est pas important mais nous tenons à le conserver de façon à ce que les travailleurs entretiennent leur adresse, leur précision, leur rigueur et qualité de leurs gestes.

Le Conditionnement et le Montage

Le conditionnement et le montage accueillent environ soixante-cinq travailleurs (cinq équipes encadrées par cinq moniteurs) compétents dans le domaine du conditionnement et du montage en tout genre. Ces activités, exercées le plus souvent en position assise, sont proposées et réservées aux personnes fatigables et vieillissantes.

Les Espaces Verts

Les espaces verts, où travaillent également une vingtaine de personnes. Le service fonctionne avec trois équipes de huit ou six ouvriers qui interviennent dans un rayon de trois quarts d'heure, autour de Vitré ou Retiers. Il propose tous travaux de création ou d'entretien pour les entreprises, les collectivités et les particuliers. « Nous avons une soixantaine de clients, pour moitié des particuliers, qui peuvent bénéficier d'une réduction d'impôts », indique la Directrice.

La Menuiserie

La menuiserie où une dizaine d'ouvriers encadrés par deux moniteurs participent à la fabrication et à l'entretien de mobiliers urbains et à la production de travaux en série. Cette activité demande un travail méticuleux, soigné et une certaine autonomie. Certains travaux sont effectués à l'extérieur, ce qui permet à l'équipe de travailler dans d'autres conditions et d'avoir également leur place dans un milieu ouvert.

La Métallerie

La métallerie où une équipe de dix travailleurs encadrée par un moniteur effectuent l'en-

tretien et la réparation de pièces en acier et inox. Cette activité nécessite beaucoup d'attention et un travail soigné.

La Restauration

La restauration fait travailler une trentaine de personnes. Une quinzaine d'ouvriers, encadrés par deux professionnels, travaillent à la cuisine à Retiers où sont préparés les repas livrés en liaison chaude aux écoles, collectivités ou associations. Une deuxième équipe, sur Vitré, prend en charge le fonctionnement du restaurant ouvert au public du lundi au vendredi midi. « Outre proposer aux clients une cuisine de qualité, il offre aux travailleurs de l'ESAT une ouverture sur l'extérieur » souligne la Directrice.

Conjoncture difficile

L'ESAT doit également favoriser l'évolution vers l'entreprise ordinaire ou l'entreprise adaptée des personnes qui en montrent les capacités. « C'est plus facile dans une situation de plein-emploi » reconnaît la responsable de l'établissement. Mais s'il n'est pas simple pour les ouvriers d'intégrer le milieu ordinaire, leur emploi au sein de l'ESAT leur permet toutefois d'être en phase avec le monde du travail. Ils savent respecter des horaires, accepter les contraintes, tout en ayant un intérêt pour ce qu'ils font.

Relation avec Unimutuelles

Que pensez-vous du partenariat avec Unimutuelles ?

Nous sommes très satisfaits d'Unimutuelles pour les valeurs qu'elle défend et que nous partageons.

L'écoute et la proximité pour ses adhérents sont des atouts, des avantages très appréciés.

ESAT

Route de Plagué

BP 40232

35500 Vitré Cedex

02 99 75 31 23

CAFEX



Jacky Prerou & Philippe Berthelot

Qui sommes-nous ?

Notre équipe est composée de 28 personnes.

Nous intervenons pour des missions contractuelles d'assistance des chefs d'entreprises dans tous les domaines liés à leur activité et nous les accompagnons aussi bien en phase de création de leur entité et tout au long de la vie de celle-ci.

Nous assurons également des missions légales de commissariat aux comptes.

Nos secteurs d'activité portent sur le secteur marchand (artisanat, commerce, professions libérales, agriculture....) et sur le secteur non marchand (tous types d'associations). Nous essayons de répondre au mieux aux attentes de nos clients en étant à leur écoute et à leur disposition pour répondre à leurs sollicitations.

Nos équipes

Le cabinet CAFEX est dirigé par 4 experts comptables (3 sont également Commissaires aux Comptes) Son organisation s'articule autour de six équipes composées chacune, d'un Chef de Mission et d'un ou plusieurs assistants afin d'assurer le meilleur suivi possible des dossiers de nos clients . Nous disposons d'un service social chargé de l'établissement de la paie et de toutes les formalités liées à ce secteur.

Nos missions

L'offre du cabinet concerne tous les éléments relatifs à l'information financière de l'entreprise. Ainsi, en fonction de chaque entité, nous identifions les besoins de nos clients et nous définissons avec eux les outils à mettre en place et l'étendue de notre mission. Nous disposons de compétences dans les domaines suivants :

EXPERTISE COMPTABLE

Etablissement des comptes annuels et de situation intermédiaires.

Conseil en gestion

- Assistance à la création d'entreprise
- Elaboration du business plan
- Aide au choix en matière de financement
- Analyse de rentabilité
- Dossiers de subvention
- Comptabilité analytique et contrôle budgétaire

Conseil en matière juridique

- Assistance à la constitution et à la transformation des sociétés
- Choix du statut et du mode d'exercice

Conseil en matière patrimoniale

- Aide au choix du statut du chef d'entreprise et de son conjoint
- Aide au choix des régimes de retraite et de prévoyance
- Evaluation d'entreprise
- Accompagnement lors de la cession d'entreprise

Conseil en fiscalité

- Choix des différentes options fiscales
- Assistance lors des contrôles fiscaux
- Déclarations annuelles des revenus et de l'impôt de solidarité sur la fortune

AUDIT

Missions légales

- Missions annuelles
- Missions ponctuelles (commissariat aux apports, à la transformation, à la fusion...)

Autres interventions

- Audits contractuels
- Audits d'acquisition

MISSION SOCIALE

Conseil en matière sociale

- Formalités d'embauche
- Contrats de travail
- Etablissement des bulletins de paie et des déclarations sociales
- Assistance lors de la rupture de la relation contractuelle
- Mise en place de la représentation du personnel
- Elaboration du règlement intérieur et de la charte informatique
- Audit social
- Assistance lors des contrôles des organismes sociaux

CAFEX

12 B Rue du Pâtis Tatelin

35000 Rennes

02 99 23 44 88

www.cafex.fr

LA MAISON DES SQUARES, une association de quartier rennaise

La Maison des Squares, une association, trois principes clés et plein de projets

Le projet associatif de la Maison des Squares se donne pour ambition de contribuer au vivre ensemble, au renforcement du lien social et à la promotion de l'engagement citoyen par l'accès aux savoirs, aux loisirs, et à l'échange inter-culturel.



En s'appuyant sur trois principes clés qui gouvernent nos actions, la proximité, la diversité et l'égalité Femmes – Hommes, les bénévoles et l'équipe de 10 salariés mettent en œuvre le projet associatif de l'AMSIC qui cherche, au travers des projets mis en œuvre, à :

- Offrir un espace d'accueil, d'écoute, de rencontres, de débats et de ressources au service des habitants du quartier.
- Développer des actions à destination des enfants et des familles du quartier pour permettre l'expression de la solidarité, de la fraternité, du respect et de la tolérance.
- Développer des actions de soutien à l'intégration, de lutte contre les discriminations et de valorisation des cultures.
- Participer au développement social, culturel, à la promotion et à l'émancipation des habitants et notamment les plus éloignés des outils multimédia.
- Accompagner les personnes dans leur parcours d'insertion sociale et professionnelle par la participation, la responsabilisation et la valorisation de leurs compétences.
- Impliquer les habitants dans la vie et la gestion de l'association.
- Participer à l'animation globale du quartier.

Pour ce faire, diverses activités ont lieu à la Maison des Squares, allant du centre de loisirs pour les enfants, aux cours de français pour les adultes d'origine étrangère en passant par des ateliers d'aide à la recherche d'emploi ou encore des cours d'informatique et des projets multimédia. L'équipe professionnelle veille à ce que les besoins et évolutions du quartier soient pris en compte pour y répondre au mieux, y compris en s'appuyant sur une équipe de bénévoles dont nous sommes en constante recherche, aussi bien pour les ateliers d'apprentissage du français que pour l'accompagnement à la scolarité.

La Maison des Squares et Unimutuelles

La Maison des Squares, entreprise de l'économie sociale et solidaire, soucieuse de mettre en œuvre une démarche de développement durable, s'intéresse aussi au bien-être au travail et à la santé de ses salariés. Ainsi depuis maintenant plusieurs années, nous sommes adhérents d'Unimutuelles dans le cadre d'un contrat groupe qui permet aux 9 salariés de bénéficier des services de la complémentaires santé avec une prise en charge par l'association des deux tiers du coût des cotisations. Le service qui nous est rendu par Unimutuelles fait l'unanimité et nous apprécions l'attention qui commence à être portée en termes de remboursement sur les soins de santé non remboursés par la Sécurité Sociale (pédicure, ostéopathe etc.) ainsi que la bonne prise en charge des frais d'optique.

**LA MAISON
DES SQUARES**

23 Place de Serbie

35200 Rennes

09 52 68 32 96

www.maisondessquares.org



Le groupe NOËL basé à Vitré est une entreprise familiale, créée en 1927 par Henri et Edouard NOËL, fils de cordonnier. Il est aujourd'hui dirigé par Patrick NOËL et Jean-Marie NOËL. Il réalise 70 M€ de chiffre d'affaires et emploie 1350 collaborateurs, 350 en France et 1000 dans ses 3 usines en Tunisie.

Le groupe historiquement a toujours travaillé sur 2 métiers : la chaussure et le sport. Dans la chaussure, le groupe est un intervenant important sur 3 segments : les chaussures enfant, les chaussures homme et les chaussures pour l'administration, notamment pour l'Armée française. Toutes les chaussures commercialisées par le groupe sont créées dans ses bureaux d'étude et produites pour l'essentiel dans ses propres usines.

En mouvement perpétuel, le groupe saisit régulièrement de nouvelles opportunités de développement en France mais aussi à l'export, pour affronter la concurrence internationale en chaussure comme dans le marché du sport.

En chaussure enfant, le groupe NOËL se place en seconde position sur le marché français, à travers ses principales marques : Noël, Babybotte, Minibel et Easy Peasy.



NOËL, marque historique de l'entreprise, est aujourd'hui une marque enfant sportswear, commercialisée chez les chaussures et spécialistes enfant. Elle réalise 20 % de son chiffre d'affaires à l'export.



La marque BABYBOTTE, dont l'activité est basée à Pau, a été rachetée en 2004. C'est la marque bébé "premium" du groupe. Elle est vendue chez les chaussures / spécialistes enfant et dispose d'une excellente notoriété. 25 % de son chiffre d'affaires est réalisé à l'export.



MINIBEL a été rachetée en 1996. Elle est plus spécifique ment destinée aux comptes clés et commercialise des chaussures bébé et enfant sous sa propre marque ou sous des marques distributeurs.



EASY PEASY, la dernière née du groupe, a été rachetée en 2009. C'est la marque bio du groupe. Elle propose une gamme complète de chaussons, ainsi qu'une petite ligne d'accessoires et de chaussures en cuir 100 % végétal. La marque se développe très rapidement, elle est vendue chez les spécialistes enfant mais aussi dans des magasins spécialistes bébé. 50 % de son chiffre d'affaires est réalisé à l'export.

En chaussure adulte, le groupe NOËL propose deux marques, Sledgers pour les hommes citadins et Argueyrolles pour les marchés administratifs.



SLEDGERS est une marque de chaussures homme, fabriquées à Vitré. Ces chaussures sont confortables, légères, techniques et plutôt citadines. Le « made in France » a permis un développement important de la marque à l'export qui représente plus de 60 % de son chiffre d'affaires, avec une implantation très forte au Moyen-Orient et en Extrême Orient.



Le groupe a racheté en 1997 la société ARGUEYROLLES, spécialisée dans les chaussures pour marchés publics. Elle est à ce titre le premier fournisseur de l'Armée française.

Dans le sport, le groupe NOËL est depuis 1993 le licencié de la marque Umbro sur la France.



UMBRO, seule marque de sport consacrée exclusivement au football, est commercialisée dans tous les points de vente sport en France. Elle a sponsorisé les clubs de Lens, Saint Etienne, Lyon et plus récemment celui de Lille, et devrait dès la saison prochaine, se retrouver dans les stades de Ligue 1.



COMPANY STORE by NOËL, le magasin du groupe situé à Vitré, vous offre un large choix de chaussures pour enfant, femme et homme, ainsi que des articles de sport de la marque Umbro à des prix intéressants. Découvrez deux fois par an nos nouvelles collections.

Du lundi au vendredi de 10h à 11h30 et de 14h à 19h. Le samedi de 9h30 à 19h.

4 avenue d'Helmstedt - 35500 VITRÉ - Tél. 02 99 75 70 36

Le groupe NOËL a choisi de confier depuis de nombreuses années pour des raisons de proximité et de qualité de conseil, la gestion de la complémentaire santé de ses collaborateurs à Unimutuelles.

L'article 1 de la loi relative à la sécurisation de l'emploi prévoit la GENERALISATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE

pour tous les salariés du secteur privé au 1^{er} janvier 2016

✓ **45 %** des salariés Français attendent de leur employeur qu'il agisse prioritairement sur l'aide à la mutuelle complémentaire et la prévoyance pour améliorer le bien-être au travail.

✓ **58 %** des Français placent la Santé et la qualité des soins en deuxième préoccupation après le chômage et l'emploi.
La généralisation de la couverture complémentaire santé concerne TOUTES les entreprises quel que soit le nombre de salariés.

L'article 1^{er} de la loi impose :

- Une couverture santé minimale pour tous les salariés.
- Un allongement de la portabilité de 9 à 12 mois au 1^{er} juin 2014 pour la santé et au 1^{er} juin 2015 pour la prévoyance.
- L'employeur doit prendre en charge au moins 50 % du financement de la mutuelle de ses salariés.

LE CALENDRIER

1^{ère} étape : à partir du 1^{er} juin 2013 : Ouverture obligatoire des négociations au niveau des branches professionnelles

2^{ème} étape : à partir du 1^{er} juillet 2014 :

En cas d'accord : Mise en place de l'accord de branche

En cas de désaccords de branche : ouverture obligatoire des négociations pour chaque entreprise

3^{ème} étape : le 1^{er} janvier 2016 : mise en place de l'accord d'entreprise ou en cas de désaccord, mise en place d'une couverture par décision unilatérale de l'employeur (socle minimal défini par le gouvernement)

EMPLOYEURS : POURQUOI CHOISIR DES A PRESENT UNE COMPLEMENTAIRE SANTE ?

- Le tarif est négociable et répond aux besoins de l'entreprise. Les cotisations sont adaptées.
- L'entreprise est acteur de la protection sociale de ses salariés. Elle choisit son partenaire et peut en changer quand elle le souhaite.
- L'entreprise définit ses garanties en fonction du profil et des besoins de ses salariés.

SALARIES : N'HESITEZ PAS A PARLER D'UNIMUTUELLES A VOS EMPLOYEURS ET A VOS COMITES D'ENTREPRISE !

Des garanties spécifiques existent permettant de répondre aux besoins des salariés
TOUS SECTEURS D'ACTIVITÉS CONFONDUS.

N'attendez pas le 1^{er} janvier 2016 !



Papier recyclé

		GARANTIES COMPLÈTES		
Nature des risques et prestations		IDÉALE / ECO	IDÉALE PLUS	IDÉALE MAXI
HOSPITALISATION				
Hospitalisation médicale, chirurgicale et autres pathologies		100 % TC	110 % TC	120 % TC
Actes de chirurgie ou d'anesthésie		100 % TC	110 % TC	150 % TC
Participation forfaitaire 18 € soins coûteux		illimité	illimité	illimité
Forfait journalier hospitalier		illimité*	illimité*	illimité*
Forfait hôtelier (pour les hospitalisations sans nuitée, en ambulatoire)		18 € x 3 / an	18 € x 3 / an	18 € x 3 / an
Supplément Chambre particulière (Tél. et TV compris)		42 € x 90 j / an	42 € x 90 j / an	55 € x 90 j / an
Supplément accompagnant adulte		25 € x 4 j / an	25 € x 4 j / an	35 € x 4 j / an
Supplément hébergement d'un proche		25 € x 4 j / an	25 € x 4 j / an	35 € x 4 j / an
Supplément accompagnant enfant		30 € / jour	30 € / jour	40 € / jour
Supplément "Maison des Parents"		30 € / jour	30 € / jour	40 € / jour
Prestation Retour à Domicile (aide tierce personne)		-	16 € x 3 j / an	16 € x 3 j / an
(*) dont hospitalisation spécialisée				
Hospitalisation psychiatrie, repos, cure, convalescence et soins palliatifs		100 % TC	100 % TC	120 % TC
Forfait journalier (1)		60 jours / an*	65 jours / an*	65 jours / an*
Supplément chambre particulière (Tél. et TV compris)		42 € x 60 j / an	42 € x 60 j / an	55 € x 60 j / an
(1) Hospitalisation à domicile (aide tierce personne)		16 € x 60 j / an	16 € x 65 j / an	16 € x 65 j / an
* selon les valeurs fixées par le décret ministériel				
SOINS DE VILLE				
DANS LE PARCOURS DE SOINS				
Consultations et visites généralistes, médecin traitant et correspondant		100 % TC	110 % TC	120 % TC
Consultations et visites spécialistes, médecin traitant et correspondant		100 % TC	110 % TC	150 % TC
Actes de biologie et analyses		100 % TC	100 % TC	100 % TC
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		100 % TC	100 % TC	100 % TC
Orthopédie et transports		100 % TC	100 % TC	100 % TC
Soins infirmiers, massages-kiné, orthophonie, orthoptie, pédicure...		100% TC	100% TC	100% TC
Soins à l'étranger		100 % TC	100 % TC	100 % TC
Participation forfaitaire 18 € soins coûteux		max 3 actes par an	max 3 actes par an	max 3 actes par an
HORS PARCOURS DE SOINS				
Consultations et visites généralistes		60 % TC*	60 % TC*	80 % TC*
Consultations et visites spécialistes		60 % TC*	60 % TC*	90 % TC*
* retenue forfaitaire des contrats responsables				
PHARMACIE				
Vignettes blanches		100 % TC	100 % TC	100 % TC
Vignettes bleues et PMH		30% TC	100 % TC	100 % TC
Vignettes orange		15% TC	100% TC	100% TC
Produits prestations (LPPS) et PMR		100% TC	100% TC	100% TC
OPTIQUE				
Optique médicale		100 % TC	100 % TC	100 % TC
Supplément monture adulte		70 €	90 €	120 €
Supplément verres adultes		1000 % TC*	1000 % TC*	1300 % TC*
Lentilles cornéennes adultes (dont essai et adaptation)		122 €	122 €	160 €
Supplément annuel enfant -18 ans		122 €	122 €	154 €
Supplément « Responsabilisation » adulte après 2 ans***		+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
Supplément « Responsabilisation » adulte après 3 ans***		+ 40 €	+ 40 €	+ 40 €
Supplément « Responsabilisation » adulte après 4 ans***		+ 60 €	+ 60 €	+ 60 €
Correction au laser de la myopie (par œil)		250 €	250 €	500 €
Reste à charge maîtrisé sur la gamme		Opalance	Opalance	Opalance
*Minimum : par verre unifocal 45 € (Idéale Eco), 50 € (Base Plus, Idéale Plus, Idéale Santé, Idéale Invalidité) et 65 € (Idéale Maxi) - par verre multifocal : 85 € (Idéale Eco), 90 € (Base Plus, Idéale Plus, Idéale Santé, Idéale Invalidité) / Un équipement optique				
MATERNITÉ				
Supplément Chambre particulière (Tél. et TV compris)		42 € / jour	42 € / jour	55 € / jour
Prestation maternité***		150 €	150 €	230 €
Cadeau de naissance***		oui	oui	oui
*** à l'inscription de l'enfant				
DENTAIRE				
Soins dentaires divers		100 % TC	100 % TC	100 % TC
Prothèses dentaires prises en charge par le Régime Obligatoire *		260 % TC	300 % TC	340 % TC
Prothèses dentaires hors nomenclature, parodontologie, résection apicale, pilier d'implant et comblement osseux (maximum 1 acte par dent)		85 €	110 €	140 €
Supplément Implant dentaire		85 €	200 €	250 €
Inlay-Core (SPR57 et SPR67)		150 % TC	150 % TC	150 % TC
Supplément Orthodontie		360 € / an	410 € / an	490 € / an
* Plafond annuel pour les suppléments dentaires de 2 500 € en Idéale Maxi et 2 000 € pour les autres garanties				
PRÉVENTION POUR VOTRE SANTÉ				
Tous les actes des contrats responsables		100 % TC	100 % TC	100 % TC
Supplément prévention		50 € / an	50 € / an	65 € / an
Supplément ostéodensitométrie				
Vaccin contre la grippe		100 % FR	100 % FR	100 % FR
AUTRES SUPPLÉMENTS				
Prothèses auditives		100 % TC	100 % TC	100 % TC
Supplément par oreille tous les 4 ans		+ 220 €	+ 220 €	+ 370 €
Autres prothèses et petits appareillages		150 % TC	150 % TC	200 % TC
Supplément semelles orthopédiques		170 % TC	170 % TC	220 % TC
Prothèse capillaire (supplément)		100 €	100 €	130 €
Prothèse mammaire (pathologie) et soutien gorge adapté		90 €	90 €	130 €
Supplément cure thermique		92 €	92 €	153 €
Médecines douces * et Prévention **		4 X 15 € par an	4 X 20 € par an	6 X 25 € par an
* Ostéopathe, étio-pathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, somatopathe, mésothérapeute, pédicure podologue, psychologue, biokinergie, nutritionniste, naturopathe ** Contraceptifs prescrits, pilule du lendemain, sevrage tabagique, sevrage				
DÉCÈS				
Remboursement des frais d'obsèques		763 €	763 €	763 €
Capital décès si maladie	Si décès avant 65 ans, l'adhérent et son conjoint sont couverts	1 829 €	1 829 €	1 829 €
Capital décès si accident		3 658 €	3 658 €	3 658 €
Capital décès si accident de la circulation		5 488 €	5 488 €	5 488 €
Majoration par enfant à charge		365 €	365 €	365 €
ASSISTANCE				
Garantie Ressources Mutuelles Assistance		Oui	Oui	Oui
Fonds Social		Oui	Oui	Oui
Garantie France Domicile		Oui	Oui	Oui

2014 (remboursement total, régime obligatoire compris)

drogues, vaccins non remboursés

Garantie d'Assistance

Conditions Générales au 01/01/2013

L'adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'assistanteur doit communiquer son propre numéro d'adhérent.

1. BÉNÉFICIAIRES

La présente convention d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont bénéficie toute personne résidant en France Métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM (et le cas échéant ses ayants droit) ayant adhéré à la mutuelle UNIMUTUELLES par le biais d'un règlement mutualiste ou d'un contrat collectif santé.

Sont couverts par la présente convention :

- l'adhérent à la mutuelle,
- son conjoint ou concubain potoir, ou son partenaire pacé,
- leurs enfants fiscalement à charge, leurs ascendants directs,
- leurs animaux familiers de compagnie, tels que chiens ou chats,

résidant en France Métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM et vivant habituellement sous le même toit.

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties frais de santé de la mutuelle UNIMUTUELLES.

La garantie d'assistance suit le sort, d'une part, du contrat de complémentaire santé souscrit, auquel elle est annexée et dont elle fait partie intégrante (date d'effet, durée, renouvellement, résiliation) et d'autre part, du contrat collectif d'assurance souscrit par la mutuelle UNIMUTUELLES auprès des Ressources Mutuelles Assistance.

3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La présente convention d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement en France Métropolitaine et Monaco (au-delà de 50 km du domicile, pour la prestation "Transfert de corps en cas de décès" et "Transfert médical"). Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier,
- et dans le monde entier pour la prestation "Frais médicaux".
- Pour les DROM, le bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours. Les frais de déplacements et de rapatriement s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

4. FAITS GÉNÉRATEURS

Les prestations définies dans la présente convention sont acquises en cas d'accident, de maladie, d'hospitalisation dans un hôpital ou une clinique, de séjour en maternité ou de décès, survenant au bénéficiaire. L'assistanteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à raison d'une seule prestation par fait générateur. Les prestations d'informations, de soutien social ou psychologique sont acquises en tout temps.

5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Pour contacter l'assistanteur
SANS INTERRUPTION, 24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7
accès direct au service du lundi au vendredi, de 8h00 à 18h30

Par téléphone :

N°Azur 0 810 635 487

Par télécopie : 02 51 83 26 31 / Télécopie Médecin Conseil : 02 40 44 43 00

Pour les adhérents résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

Par télécopie : 00 33 2 40 44 43 13

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro de contrat,
- de rappeler votre numéro d'adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre 1er appel, un n° d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'assistanteur. Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les dix jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour le transfert de corps en cas de décès, le conseil médical et les frais médicaux à l'étranger, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Le bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'assistanteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties. Les justificatifs demandés par l'assistanteur sont des pièces originales.

6. EXÉCUTION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'assistanteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire, n'est remboursée par l'assistanteur. De plus, il convient de préciser que l'assistanteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidées par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, l'assistanteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande.

7. INFORMATIONS PAR TÉLÉPHONE

Le service de renseignements téléphoniques apporte une aide et des conseils dans les domaines des informations de la vie courante et en matière de santé :

7.1. Allo info

ALLO INFO est un service d'informations générales assuré par une équipe de chargés d'informations, destiné à répondre à toute question d'ordre réglementaire ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique sur les thématiques suivantes :

Renseignements Réglementaires

- Habitation / Logement
- Justice / Délivrance / Recours
- Vie Professionnelle
- Impôts / Fiscalité
- Sociétés / Commerçants / Artisans / Affaires
- Famille
- Assurances Sociales / Allocations / Retraites

Renseignements vie pratique

- Consommation
- Vacances / Loisirs
- Formalités / Cartes / Permis
- Enseignement / Formation

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures.

Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucun des informations dispensées par nos spécialistes ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite et ne pourront porter sur une procédure en cours.

7.2. Allo jeunes

Si un enfant est perturbé dans sa scolarité (blocage scolaire, incompatibilité avec un professeur...) ou manifeste un rejet de son environnement social (dérive, fugue, dépression...), les médecins de l'équipe médicale de l'assistanteur répondent à toute question et procurent un conseil pédagogique et psychologique adapté.

Nos spécialistes vous informent dans les domaines tels que :

- L'orientation pédagogique,
- Aide à la recherche d'un premier emploi,
- Les inscriptions universitaires,
- Le contrat de travail,
- Le financement des études,
- Le logement,
- La vie pratique.

7.3. Allo social

Les services de l'assistanteur sont à votre disposition pour vous aider et vous informer dans les domaines tels que :

- L'aide au budget
 - Bilan de la situation budgétaire (dépenses, recettes...),
 - Etat d'endettement,
 - Règles d'indemnités pendant l'arrêt de travail
- L'aide aux familles
 - Bilan (situation familiale, ascendants ou descendants à charge, ouverture des droits...),
 - Action sociale (aide aux démarches auprès des organismes concernés, assistance pour les constitutions de dossiers...),
 - Aide à l'enfance,
- L'aide au logement
- L'accompagnement au départ à la retraite

7.4. Bien être et Prévention

BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION est un service d'informations générales, assuré par les médecins de l'équipe médicale de l'assistanteur, destiné à répondre à toute question de nature médicale et notamment dans les domaines suivants :

- La grossesse, la puériculture, les maladies infantiles,
- La santé à tout âge, l'hygiène de vie, le sport, les pathologies liées au vieillissement,
- Les vaccinations, les réactions aux médicaments,
- Les addictions, les comportements excessifs nécessitant une prise en charge et un accompagnement : alimentaires, jeu excessif sur Internet, achats compulsifs, ...
- Les médecines complémentaires, les médecines douces,
- La diététique, les régimes,
- La santé en voyage : Vaccins, précautions médicales, recherche à l'étranger d'un médecin parlant français ou anglais pour consultation sur place en cas de difficultés.

Les médecins peuvent répondre à toute question concernant la santé de l'adhérent ou de sa famille. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical) et de manière objective, selon les éléments fournis par l'intéressé. Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, en aucun cas, il ne peut remplacer le médecin traitant. L'assistant ne pourra être tenu pour responsable de l'interprétation ou de la mise en œuvre de la prescription.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale personnalisée car il est impossible d'établir un diagnostic médical à partir d'un appel téléphonique. Les conseils vous seront livrés de façon objective selon les éléments que vous aurez donnés.

De plus, en cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15 depuis un poste fixe et le 112 depuis un téléphone portable). Toutefois, en cas de besoin, l'équipe médicale de l'assistant est présente, 24 h/ 24, pour renseigner et orienter.

8. ACCOMPAGNEMENT ET RECHERCHE DE SOLUTIONS PERSONNALISEES

Pour toute demande de services à la personne, le bénéficiaire peut en faire la demande par téléphone auprès de l'assistant en composant le 0 810 635 487.

L'assistant recherche, dans la mesure du possible, les coordonnées d'organismes qui fournissent à domicile des soins médicaux, des services de repas, des soins esthétiques... L'assistant peut également se charger de rechercher, de façon ponctuelle, une personne pour effectuer une démarche administrative, faire des courses, accompagner le bénéficiaire lors d'une visite médicale.

Ces prestations restent à la charge du bénéficiaire.

9. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL

9.1. Dans le cadre d'une situation liée à l'état de santé

Un service d'écoute assuré par un psychologue clinicien diplômé est mis à disposition de l'adhérent ou de son ayant droit. Le nombre d'entretiens téléphoniques de soutien sera déterminé avec le psychologue clinicien lors du premier rendez-vous (limités à 10 entretiens maximum par année civile). Ces entretiens sont soumis à la confidentialité et leur coût est pris en charge par l'assistant. Ils peuvent donner lieu à un conseil permettant une réorientation vers le réseau des praticiens en ville, si un suivi thérapeutique doit être envisagé.

9.2. Bien-Être au travail

L'assistant assure également une présence et une prévention renforcée en cas de grosses difficultés liées à la vie professionnelle, de risques psycho-sociaux, d'identification d'état de stress au travail, de situations d'agressions, de violences, ainsi qu'un syndrome d'épuisement, un sentiment de non reconnaissance, une perte de sens face aux changements dans le travail.

9.3. Aide aux aidants : Soutien en cas de pathologies lourdes et prévention contre l'isolement

Si le bénéficiaire en fait la demande, des travailleurs sociaux spécialisés de l'accompagnement de l'aidant et de la personne atteinte d'une pathologie lourde proposent de rechercher des solutions personnalisées, en réponse aux besoins engendrés par la situation et pouvant être renforcés par un soutien psychologique adapté, par téléphone.

Des appels de convivialité peuvent également être mis en place à la demande, afin d'aider le bénéficiaire à rompre l'isolement lié à l'état de santé ou au vieillissement : des rendez-vous téléphoniques avec un chargé d'assistance sont alors fixés d'un commun accord pour procurer un soutien moral.

10. EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AU DOMICILE SERVICE DE PORTAGE DE MEDICAMENTS

Si le bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assistant organise et prend en charge l'acheminement des médicaments indispensables au traitement immédiat du bénéficiaire. La mise en place de cette prestation est conditionnée par le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. Les médicaments restent à la charge du bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 km du domicile du bénéficiaire.

11. LORS D'UN DEPLACEMENT EN FRANCE METROPOLITAINE A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE

11.1. Conseil médical

EN CAS DE MALADIE OU DE BLESSURE

Le conseil médical est la consultation ou l'avis qui l'un des médecins de l'équipe médicale de l'assistant donne à un bénéficiaire malade ou blessé, ou cours d'un déplacement. Les médecins de l'assistant sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'assistant se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'assistant propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'assistant.

11.2. Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'assistant propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin traitant,
- le transfert vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient.

Selon l'état du bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en utilisant le véhicule du bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, emmené par l'assistant,
- en train,
- en avion de ligne régulière,
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'assistant se charge :

- de l'organisation du transfert,
- de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
- de l'accueil à l'arrivée.

L'assistant prend en charge les frais correspondants restants à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'attente préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. Les transferts médicaux pour raisons de confort ou rapprochement familial sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'assistant, s'il n'a été préalablement décidé par le médecin de l'assistant. Ainsi, l'assistant ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'assistant après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire. Seuls l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT

Tout refus par le bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'assistant entraîne automatiquement LA NULLITÉ de la prestation.

CAS PARTICULIER des adhérents résidant dans les DROM

La prise en charge du bénéficiaire, telle que décrite dans cet article, s'étend à plus de 50 km du domicile, à l'intérieur du département de résidence DROM.

11.3. Transmission de messages

L'assistant se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages urgents :

- où vous sont destinés lorsque vous ne pouvez être joint directement pendant un séjour ou un déplacement, par exemple, en cas d'hospitalisation,
- où que vous devez adresser à toute personne demeurant en France Métropolitaine, Monaco et DROM.

D'une manière générale, la rétransmission des messages est subordonnée à :

- une demande justifiée,
- une expression claire et explicite du message à rétransmettre,
- un contenu du message licite, au regard de la loi française,
- une indication précise des nom, prénom et adresse complète et, éventuellement du numéro de téléphone de la personne à contacter.

11.4. Déplacement et hébergement d'un proche en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours, lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile

Dans le cas où l'état du bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'assistant met à la disposition d'un membre de sa famille ou d'une personne désignée par lui, un billet aller/retour de train ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le bénéficiaire a son domicile principal. L'assistant organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 61 € TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus). Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'assistant organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'assistant participe aux frais à concurrence de 61 € TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus). L'assistant prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'assistant dans les meilleurs délais.

CAS PARTICULIER des adhérents résidant dans les DROM

La prise en charge du déplacement et de l'hébergement d'un proche, telle que décrite dans cet article, s'étend à plus de 50 km du domicile, à l'intérieur du département de résidence DROM.

12. EN CAS DE DÉCÈS

12.1. Respect des volontés

12.1.1. Définition

Il s'agit de la volonté manifestée par le bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

12.1.2. Enregistrement

Le bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques. Sur simple appel téléphonique auprès de l'assistant, il communiquera ses volontés qui seront confirmées par courriel et enregistrées sous un code confidentiel. La modification de cet enregistrement ne sera possible qu'avec communication de ce même code confidentiel. Lors du décès d'un des bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres bénéficiaires désignés à l'article 1, l'assistant communiquera le contenu de cet enregistrement.

12.2. Organisation des obsèques

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux bénéficiaires, l'assiste propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'assiste conseille et organise, pour le compte des bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. Le coût des obsèques reste à la charge des bénéficiaires.

12.3. Transfert du corps

En cas de décès du bénéficiaire à plus de 50 km de son domicile, l'assiste organise le rapatriement du corps, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France Métropolitaine ou Monaco, et prend en charge :

- les frais de transport, d'embaumement et les frais administratifs correspondants, à concurrence de 3 000 € TTC ;
- les frais de cercueil pour permettre le transport à concurrence de 800 € TTC.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement, pompes funèbres, transporteurs... est du ressort exclusif de l'assiste. Sous cette condition expresse, les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et de cercueil, indispensables au transport, sont pris en charge à l'exclusion des frais d'obsèques et d'inhumation. Dans le cas où la famille du bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par l'assiste, les frais correspondants sont à sa charge. Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps.

Retour différé du corps

A la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'assiste prend en charge les frais de rapatriement. Dans tous les cas, les frais d'inhumation sont exclus.

CAS PARTICULIER des adhérents résidant dans les DROM :

La prise en charge du transfert ou du retour différé du corps, telle que décrite dans cet article, s'entend à plus de 50 km du domicile, à l'intérieur du département de résidence DROM.

12.4. Assistance des proches en cas de décès

En cas de décès du bénéficiaire à plus de 50 km du domicile, l'assiste se charge d'indiquer à la famille ou à un proche les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de Pompes Funèbres et Municipaux pour le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un ayant droit du bénéficiaire s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'assiste met à la disposition de l'ayant droit, et prend en charge un billet aller/retour, en train ou par avion (classe économique) si le trajet est supérieur à 500 km. Dans ce cas, l'assiste prend en charge sur justificatifs, les frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner), de la personne s'étant déplacée, à concurrence de 60 € TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum ; les frais de nourriture et d'entretien ne sont pas pris en charge.

CAS PARTICULIER des adhérents résidant dans les DROM :

La prise en charge du déplacement et de l'hébergement d'un proche, telle que décrite dans cet article, s'entend à plus de 50 km du domicile, à l'intérieur du département de résidence DROM.

12.5. Garde des enfants mineurs (moins de 16 ans)

Organisation et prise en charge selon le même schéma que celui prévu en cas d'hospitalisation avec une durée maximale de 5 jours (dans la limite de 8 heures par jour).

Cette garantie s'applique quel que soit le lieu du décès.

12.6. Garde des ascendants à charge en cas de décès du bénéficiaire

En cas de décès du bénéficiaire et en cas d'impossibilité des proches de se charger de la garde des ascendants, l'assiste prendra en charge les ascendants et garantira selon le schéma suivant :

- soit l'organisation et la prise en charge en France du voyage aller/retour d'un proche qui se chargera de la garde des ascendants ;
- soit l'organisation et la prise en charge en France du voyage aller/retour des ascendants au domicile d'un proche ;
- soit la recherche et l'envoi au domicile du bénéficiaire d'une personne qualifiée pour assurer la garde des ascendants avec prise en charge pour une durée maximum de 5 jours (dans la limite de 8 heures par jour).

CAS PARTICULIER des adhérents résidant dans les DROM :

La prise en charge du déplacement d'un proche, telle que décrite dans cet article, s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Cette garantie s'applique quel que soit le lieu du décès.

12.7. Aide à Domicile

En cas de décès du bénéficiaire, l'assiste met à la disposition d'un proche, une aide à domicile, dans les 10 jours qui suivent le décès, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes. Cette aide à domicile intervient à concurrence d'un maximum de 6 heures.

Elle peut être portée à 10 heures si le bénéficiaire :

- a un enfant à charge de moins de 10 ans ;
- ou vit seul ;
- ou a un conjoint handicapé.

Cette garantie s'applique quel que soit le lieu du décès.

12.8. Retour des bénéficiaires et/ou de l'accompagnant en cas de décès à plus de 50 km du domicile

L'assiste organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine ou Monaco des bénéficiaires visés à l'article 1 se trouvant sur place et/ou de l'accompagnant (à condition qu'il ait la qualité de bénéficiaire de l'assuré principal), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux familiers voyageant avec les bénéficiaires et/ou l'accompagnant.

L'assiste met à la disposition des bénéficiaires survivants et/ou de l'accompagnant, un billet retour de train ou d'avion classe économique, depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France Métropolitaine ou Monaco, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine ou Monaco.

CAS PARTICULIER des adhérents résidant dans les DROM :

La prise en charge du retour, telle que décrite dans cet article, s'entend à plus de 50 km du domicile, à l'intérieur du département de résidence DROM.

12.9. Mise à disposition d'un taxi en cas de décès à plus de 50 km du domicile

L'assiste met à la disposition des bénéficiaires un taxi à concurrence de 155 € TTC. Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès du bénéficiaire et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet événement.

13. EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 H

13.1. Aide à Domicile (pendant ou après une hospitalisation hors maternité)

Après une hospitalisation de plus de 24 heures, du bénéficiaire ou de son conjoint, l'assiste met à la disposition du bénéficiaire une aide à domicile afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes.

Cette aide à domicile intervient à concurrence d'un maximum de 6 heures.

Elle peut être portée à 10 heures si le bénéficiaire :

- a un enfant à charge de moins de 10 ans ;
- ou vit seul ;
- ou a un conjoint handicapé.

13.2. Garde ou transfert des enfants

Le bénéficiaire a la garde de ses enfants (ou petits-enfants) de moins de 16 ans :

- L'assiste organise et prend en charge la prestation d'une garde d'enfants à domicile ;
- La garde d'enfants est limitée à une période de 5 jours (maximum 8 heures/jour) ;
- Pendant cette période, l'assiste se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller/retour des enfants à l'école pendant 5 jours.

Or, si le bénéficiaire le souhaite, l'assiste peut organiser et prendre en charge :

- Soit le voyage* des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France Métropolitaine ou Monaco ;
- Soit le transport* aller/retour d'un proche, jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

(*un billet aller/retour, en train ou par avion classe économique si le trajet est supérieur à 500 km.)

CAS PARTICULIER des adhérents résidant dans les DROM :

La prise en charge du déplacement d'un proche, telle que décrite dans cet article, s'entend à plus de 50 km du domicile, à l'intérieur du département de résidence DROM.

Dès l'appel, l'assiste met tout en œuvre pour répondre au plus vite à cette demande. Toutefois, nous nous réservons un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux de prestataires agréés pour la garde d'enfants.

13.3. Garde ou transfert des personnes dépendantes

Le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant sous son toit. L'assiste fait le nécessaire pour :

- soit organiser et prendre en charge la garde à domicile de ces personnes, pendant 5 jours (maximum 8 heures par jour) ;
- soit organiser et prendre en charge le coût du transport de ces personnes chez des proches, résidant en France Métropolitaine ou Monaco ;
- soit organiser et prendre en charge la venue d'un proche résidant en France Métropolitaine ou Monaco afin d'en assurer la garde.

CAS PARTICULIER des adhérents résidant dans les DROM :

La prise en charge du déplacement d'un proche, telle que décrite dans cet article, s'entend à plus de 50 km du domicile, à l'intérieur du département de résidence DROM.

13.4. Garde ou transfert des autres enfants

Si l'un des enfants est hospitalisé, l'assiste organise et prend en charge :

- soit la garde à domicile des autres enfants de moins de 16 ans, pendant 5 jours (maximum 8 heures par jour) ;
- soit leur transport chez des proches résidant en France Métropolitaine ou Monaco ;
- soit la venue d'un proche résidant en France Métropolitaine ou Monaco afin d'en assurer la garde.

CAS PARTICULIER des adhérents résidant dans les DROM :

La prise en charge du déplacement d'un proche, telle que décrite dans cet article, s'entend à plus de 50 km du domicile, à l'intérieur du département de résidence DROM.

13.5. Garde des animaux familiers

Si le bénéficiaire possède des animaux familiers (chiens, chats), l'assiste prend en charge leur gardiennage à domicile ou dans un centre agréé pendant une durée maximum de 30 jours et dans la limite de 300 € TTC.

13.6. Présence d'un proche au chevet

Si le bénéficiaire est hospitalisé et qu'il souhaite la présence d'un proche parent, l'assiste réserve, à la demande de ce dernier, une chambre dans un hôtel proche du lieu d'hospitalisation. Les frais d'hôtel restent à la charge du proche parent.

13.7. Autres prestations de bien-être et de soutien

Si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'assiste met en place et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation en substitution à l'aide de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure ;
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires ;
- service(s) de portage de repas ;
- entretien(s) du linge.

14. EN CAS DE TRAITEMENTS

Pour tout traitement de l'adhérent, ou de son conjoint ou concubin notoire, ou son partenaire pacsé ou de l'enfant, entraînant des séances (in chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrite à domicile et/ou de radiothérapie, l'assiste met à la disposition du bénéficiaire une aide à domicile à concurrence de 2 heures par jour pendant 2 jours après chaque séance.

15. EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 8 JOURS

En cas d'hospitalisation de plus de 8 jours, l'assiste organise et prend en charge les frais d'installation et les frais d'abonnement d'un dispositif de téléassistance :

- si le bénéficiaire hospitalisé est âgé de 75 ans et plus, la prise en charge est d'une durée de 6 mois ;
- si le bénéficiaire hospitalisé est âgé de moins de 75 ans, la prise en charge est d'une durée de 3 mois.

Equipe de travailleurs sociaux de l'assiste aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

16. MATERNITE, PARENTALITE

16.1. En cas de séjour en maternité supérieure à 6 jours, de naissance multiple ou de césarienne

L'assisteuse met en place une aide à domicile dans les mêmes conditions qu'à l'article 13.1.

16.2. Puéricultrice au téléphone

Des informations et des conseils concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans sont communiqués aux parents par téléphone. Une puéricultrice diplômée est à disposition autant de fois que nécessaire et le coût de ces conseils téléphoniques (conseils, éducation, modes de garde, socialisation, hygiène et santé) est pris en charge par l'assisteuse.

17. EN CAS D'ENFANT MALADE OU BLESSE

17.1. Garde d'enfant de moins de 16 ans malade à domicile

GARDE D'ENFANT MALADE A DOMICILE est un service permettant au bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où un de ses enfants serait malade ou blessé, et nécessiterait la présence d'une personne à son chevet et à son domicile. L'assisteuse se charge de rechercher et d'envoyer une personne compétente afin d'assurer cette garde. Par maladie ou accident constaté, nous prenons en charge le coût de cette garde à concurrence d'un maximum de 20 heures par événement au sein des heures normales de travail.

CONDITIONS MEDICALES ET ADMINISTRATIVES

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé au médecin conseil de l'assisteuse, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé. Le bénéficiaire devra impérativement communiquer à l'assisteuse les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte que l'assisteuse puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait se mettre en relation avec lui. Le bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre l'assisteuse par téléphone (autant que nécessaire).

DELAI DE MISE EN PLACE

Dès réception de l'appel, l'assisteuse mettra tout en œuvre afin que la garde d'enfants soit au domicile le plus rapidement possible. Toutefois, l'assisteuse se réserve un délai maximum de 5 heures, comprises à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant malade ou blessé.

La qualification professionnelle de la garde d'enfant est fonction de la pathologie de celui-ci, lors de la demande. Le choix des personnes intervenant est dans tous les cas du seul ressort de l'assisteuse.

VENUE D'UN PROCHE POUR GARDER L'ENFANT MALADE OU BLESSE :

Si le bénéficiaire le préfère, l'assisteuse met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée, un billet aller/retour de train ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour lui permettre de se rendre au chevet de l'enfant ; ceci uniquement au départ de France Métropolitaine ou Monaco ; prestation non cumulable avec la précédente.

CAS PARTICULIER des adhérents résidant dans les DOMM :

La prise en charge du déplacement d'un proche, telle que décrite dans cet article, s'entend à plus de 50 km du domicile, à l'intérieur du département de résidence DOMM.

17.2. Ecole à domicile

La prestation "Ecole à domicile" est accordée en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile* ou à l'hôpital et ce, à compter du 15ème jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

L'assisteuse oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge soit les coûts non déductibles occasionnés soit l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10h de cours par semaine tous coûts confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie. Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, histoire, géographie, mathématiques, sciences naturelles, physique, chimie, Arts et 2ème langues vivantes.

Si des cours sont demandés par l'adhérent au-delà du nombre d'heures défini par semaine, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement de soins, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Si l'immobilisation de l'enfant devait se prolonger au-delà des délais précisés ci-dessus, l'assisteuse informerait et orienterait le bénéficiaire vers toute autre structure compétente pouvant aider l'enfant à poursuivre sa scolarité.

Justificatifs : Le bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'assisteuse un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut compte tenu de cette maladie ou de cet accident, ni rejoindre son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

* Par domicile, on entend le lieu d'habitation habituel de l'enfant.

18. FRAIS MEDICAUX A L'ÉTRANGER

a) Prise en charge des frais médicaux à l'étranger

L'assisteuse rembourse, sous condition de prise en charge par la Sécurité Sociale et après intervention de celle-ci et d'éventuels organismes complémentaires, les frais médicaux définis ci-après, à condition que ces frais concernent des soins reçus à l'étranger, sur ordonnance médicale, à la suite d'une maladie ou d'un accident imprévisibles survenus dans ce pays, dans la limite de 4500 € TTC.

Frais médicaux couverts :

- honoraires médicaux ;
- frais d'urgence ;
- frais d'examen complémentaires (analyses, radiologies...) et de contrôle après hospitalisation ouurgence ;
- frais d'hospitalisation imprévue ;
- frais chirurgicaux imprévus.

Pour donner lieu à remboursement, toute consultation, hospitalisation et intervention chirurgicale doivent être déclarées à l'assisteuse dans les 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue. La prise en charge des frais d'hospitalisation à l'étranger cesse à dater du jour où le bénéficiaire est retourné à son domicile de résidence habituelle.

L'assisteuse prend en charge sur présentation d'une facture acquittée, les frais occasionnés pour une prestation dentaire à caractère d'urgence à concurrence de 160 € TTC par séjour à l'étranger, sous condition de prise en charge par la Sécurité Sociale et après intervention de celle-ci et d'éventuels organismes complémentaires.

Sont considérés comme soins d'urgence :

- Les soins pour calmer la douleur : les dévitalisations, parodontites, obturations, extractions ;
- Les réparations de prothèses dentaires nécessaires pour permettre à nouveau la mastication (la mise en place de nouvelles prothèses conjointes ou adjointes n'est pas prise en charge).

b) Avance sur frais d'hospitalisation à l'étranger

L'assisteuse fait l'avance au bénéficiaire des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, dans la limite de 4600 € TTC, à condition qu'ils concernent des soins reçus en territoire étranger à la suite d'une maladie ou d'un accident imprévisibles survenus sur ce territoire.

Cette avance s'effectuera sous réserve que les soins prescrits soient en accord avec le médecin de l'assisteuse.

Le bénéficiaire s'engage, au travers d'une lettre d'engagement sur l'honneur signée de sa part, à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié et à reverser immédiatement à l'assisteuse toute somme perçue par lui à ce titre.

En cas de non prise en charge par la sécurité sociale, le bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'assisteuse.

c) Exclusions au remboursement des frais médicaux à l'étranger :

Dans le cadre de la présente garantie, l'assisteuse ne prend pas en charge :

- Les frais de soins dentaires supérieurs à 160 € TTC ;
- Les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple), les frais d'appareillages médicaux (audioprothèse, fonctionnelle...) et de prothèses (prothèses dentaires, auditives, orthopédiques, esthétiques notamment) ;
- Les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques engagés dans le pays de résidence habituelle qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie, blessure(s) ou accident (survenu hors du pays de résidence habituelle du bénéficiaire) ;
- Les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour ;
- Les voyages entrepris et les frais engagés dans un but de diagnostic et/ou de traitement lié à un état pathologique antérieur ;
- Les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou de recherches de toute nature.

19. EXCLUSIONS

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraîneront automatiquement la nullité du contrat.

L'assisteuse ne sera pas tenue d'intervenir dans le cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur, tant en France qu'à l'étranger.

Non-exécution due à des circonstances exceptionnelles :

Tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution des dispositions (ci) présent document.

20. CADRE JURIDIQUE

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-dessus dénommée « l'assisteuse » dans la présente notice d'information : Union Technique d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, SIREN n°444 269 682. Siège social : 46 rue du Moulin BP 62127, 44121 VERTOU Cedex.

Nullité de la prestation :

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse ou le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'assisteuse, le bénéficiaire organise en ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge ou que son médecin traitant juge les plus adaptées à son état, l'assisteuse étant déchargée de toute obligation.

En aucun cas l'assisteuse ne peut être tenue au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

Récours :

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'assisteuse de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

Clause de subrogation :

L'assisteuse est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre tous responsables du sinistre déclaré et à concurrence des sommes exposées et du coût des prestations dont elle supporte la charge.

Clause de prescription :

Toutes les actions découlant de l'exécution de la présente convention sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance et ce, conformément aux conditions déterminées par les articles L 221-11 et L 221-12 du Code de la Mutualité.

Attribution de juridiction :

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention sera porté devant le Tribunal compétent du siège social de l'assisteuse.

Détail des prestations particulières remboursées par Unimutuelles

Médecines douces

Les médecines douces ne sauraient en aucun cas se substituer aux pratiques médicales qui ont fait leurs preuves pour la majorité des pathologies connues et dont les traitements sont parfaitement maîtrisés par la médecine et la chirurgie dites classiques. Avant d'opter pour d'autres pratiques dites de « médecines douces », Unimutuelles vous conseille d'en parler avec votre médecin traitant, sachant que le choix des pratiques citées demeure sous la seule responsabilité de l'adhérent. La prise en charge des « médecines douces » par Unimutuelles répond à la demande des adhérents qui le plus souvent constatent une diminution des douleurs accompagnée d'une réduction de consommation de médicaments...

Ostéopathie

L'ostéopathie tente de corriger, grâce à des manipulations manuelles, la structure des os, des articulations et des muscles. Elle consiste en un ensemble de pratiques médicales permettant de diagnostiquer et traiter les dysfonctions d'un patient par restauration des mobilités tissulaires. Son principe : toute perte de mobilité des articulations, des muscles, des ligaments ou des viscères peut provoquer un déséquilibre de l'état de santé. L'ostéopathe prend donc en charge toutes les pathologies d'origine musculaire ou ostéo-musculaire (non inflammatoires, non infectieuses et non tumorales), avec leurs conséquences.

Etiopathie

L'étiopathie se différencie de toutes les autres approches médicales : elle considère le rapport structure/fonction des organes et des appareils dans leurs différentes interactions. Le but de l'étiopathe : supprimer définitivement les douleurs et les pathologies, en agissant sur les causes qui sont l'origine de celles-ci. Il agit par « chirurgie non instrumentale » sur les différents systèmes : articulaire, nerveux, circulatoire, facial, digestif, génital, ...

Acupuncture

L'acupuncture ou acuponcture, dont la caractéristique la plus représentative est son traitement par implantation d'aiguilles, constitue l'une des composantes de la médecine traditionnelle chinoise. L'acupuncture traditionnelle est un art thérapeutique qui élabore son raisonnement diagnostique et thérapeutique sur une vision énergétique taoïste de l'Homme et de l'univers : l'Homme, microcosme, organisé à l'image du Macrocosme universel, s'en trouve donc soumis aux mêmes règles, qui devront inspirer son mode de vie, et serviront de trame à l'élaboration de l'acte médical.

Chiropractie

La chiropratique est l'art de soigner avec les mains et se concentre sur les systèmes nerveux et musculo-squelettique. Après examen et interrogation du patient, le chiropraticien effectue une radio destinée à localiser les troubles notamment des os et des articulations, en portant une attitude particulière à la colonne vertébrale. La correction des douleurs s'effectue au moyen « d'ajustements chiropratiques » consistant à appliquer, avec la main, une pression ponctuelle et non traumatisante. On peut dire que la chiropractie et l'ostéopathie sont des cousines germaines.

Psychologie

Les psychologues interviennent dans tous les domaines de la société (éducation, santé, social, travail, sport, etc.) pour préserver, maintenir ou améliorer le bien-être ou la qualité de vie de l'individu et sa santé psychique, développer ses capacités ou favoriser son intégration sociale.

Par conséquent, selon leur spécialisation (pratique clinique, orientation professionnelle, psychologie scolaire, psychologie du travail, etc.), ils utilisent des méthodes d'intervention spécifiques basées sur des approches théoriques variées.

Mésothérapie

Ce sont des injections locales de médicaments de la pharmacopée française (décontractants, antioedémateux, anti-inflammatoires, vasodilatateurs, calcitonines, poly vitamines, etc...), faites à travers la peau, très superficielles et peu douloureuses. Ces injections, multiples et en très faible quantité, peuvent être intra épidermiques, intradermiques superficielles ou profondes (entre 1 et 13 mm).



Homéopathie

L'homéopathie est basée sur le principe de similitude : C'est à dire que se trouvent dans les fameuses petites granules des substances pouvant produire chez une personne sensible en bonne santé, des symptômes semblables à ceux de la maladie à traiter. Mais tout cela à dose infinitésimale.

Somatopathie

Le somatopathe, par ses mains, se met à l'écoute sensorielle du SOMA (le corps) et en perçoit ainsi les différents mouvements subtils, dont le M.R.P. (Mouvement Respiratoire Primaire). Ces micro mouvements sont l'expression même de la vie. Le somatopathe peut ainsi lire dans la mémoire du corps. Ces mouvements et leurs perturbations expriment les somatisations liées aux différents événements traumatiques de la vie de l'individu depuis sa conception jusqu'à ce jour. L'approche manuelle est très douce, non manipulative et progressive pour aller du symptôme à la cause. Une anomalie dans un micro mouvement est corrigée par des manoeuvres légères ne faisant pas appel à la force mais à l'intention, n'agressant pas l'organisme. La correction d'un micro mouvement entraînera à terme la correction de la « position » de la structure, la restitution de sa mobilité et de sa fonction.

Pédicure - Podologie

Le pédicure-podologue n'a pas besoin de prescription médicale pour accomplir ses actes. Il traite

toutes les affections qui concernent le pied et prescrit les produits nécessaires au traitement.

Biokinergie

La biokinergie a été conçue et développée par un masseur-kinésithérapeute-ostéopathe. Elle est issue d'une réflexion simple : comment développer une pratique traitant à la fois les dimensions mécaniques, musculaire et énergétique, étroitement impliquées dans les pathologies, pour obtenir des résultats plus rapides, plus sûrs et surtout plus durables pour le patient. Il s'agit d'une approche thérapeutique globale du corps traitant les causes et non plus seulement les symptômes des différents traumatismes physiques et psychiques.

Nutritionniste

Le nutritionniste est un médecin diplômé en nutrition (niveau Bac + 8 minimum). Son travail consiste à prévenir, dépister puis prendre en charge les maladies liées à la nutrition (diabète, obésité, cholestérol, intolérances alimentaires, ...).

Naturopathie

La naturopathie est une médecine non conventionnelle qui vise à équilibrer le fonctionnement et à renforcer les défenses de l'organisme par des moyens jugés « naturels » : régime alimentaire, hygiène de vie, phytothérapie, massages, exercices, etc. Elle vise à diminuer le recours à la chirurgie et aux médicaments conventionnels.

Hospitalisation à domicile

Pour bénéficier de la prestation «Hospitalisation à Domicile», l'adhérent doit justifier d'une prise en charge par l'organisme HAD dont dépend son lieu de résidence. Pour cela, la prescription doit être effectuée par le médecin traitant ou hospitalier et doit être validée par un médecin coordinateur. Une fois confirmée, Unimutuelles verse une participation aux frais occasionnés par une aide tierce personne. Cette prestation ne peut être versée qu'aux tiers, ou à l'adhérent sur présentation d'une facture de tiers acquittée, dans la limite de la garantie souscrite.

Quelques exemples de remboursements suivant les garanties choisies (en 2014)

		Remboursements Mutuelle			
		Remboursement Sécurité Sociale	Idéale Jeunes	Idéale Santé	Idéale Maxi
Hospitalisation	Frais de séjour en médecine: 6 875,90 € (12 jours)	5 500,72 €	1 375,18 €	1 375,18 €	1 375,18 €
	Frais de séjour en chirurgie: 5 062,85 € (6 jours)	4 050,28 €	1 012,57 €	1 012,57 €	1 012,57 €
	3 soins de plus de 120 € : Reste à charge 54 €	-	54 €	54 €	54 €
	Examens de radiologie (actes techniques médicaux) (soit 229,49 €)	183,58 €	45,91 €	45,91 €	45,91 €
	14 jours de forfait journalier à 18 € (soit 252 €)	-	252 €	252 €	252 €
Dentaire	Une couronne cotée SPR50 :	-	-	-	-
	• coulée métal à 250 €	75,25 €	174,75 €	174,75 €	174,75 €
	• céramo métal à 400 €	75,25 €	182,75 €	204,25 €	290,25 €
	• céramique à 500 €	75,25 €	182,75 €	204,25 €	290,25 €
	Un ensemble de 8 couronnes dont 4 sur Inlay Core facturé 2 320 €	644,14 €	1 064,84 €	1 150,84 €	1 516,32 €
	Un détartrage : SC12 facturé 28,92 €	20,24 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	Orthodontie : 900 € par an (2 To 90)	387 €		360 €	490 €
Optique	Un équipement adulte : une monture à 84 € (base à 2,84 €) et deux verres à 50 € l'unité (base 3,66 €)	6,10 €	164,06 €	174,06 €	177,90 €
	Un équipement adulte : une monture à 175 € (base à 2,84 €) et deux verres à 174,80 € l'unité (base à 10,37 €)	14,14 €	169,44 €	286,84 €	399,06 €
	Un équipement enfant : une monture à 142 € (base à 30,49 €) et deux verres à 50 € l'unité (bases à 12,04 € et 14,94 €)	34,48 €	182,99 €	144,99 €	176,99 €
	Des lentilles cornéennes-jetables, refusées par la Sécurité Sociale à 180 € /an	-	160 €	122 €	160 €
Soin de ville	Une consultation chez un médecin généraliste conventionné secteur 1 à 23 €	15,10 €	6,90 €	6,90 €	6,90 €
	Une consultation chez un spécialiste conventionné secteur 2 à 30 €	15,10 €	6,90 €	6,90 €	13,90 €
	10 séances de massages chez le kinésithérapeute (soit 142,80 €)	85,68 €	57,12 €	57,12 €	57,12 €
Autre	4 consultations chez un étiope à 38 € la séance (soit 152 €)	-	70 €	-	88 €
	Vaccin anti grippe (6,25 €)	-	-	-	6,25 €
	Une paire de bas de contention (base 42,03 €) facturée 58,96 €	27,32 €	31,64 €	14,71 €	31,64 €
Décès	Indemnités obsèques	-	-	-	763 €
	Capital décès si maladie (avant 65 ans)	-	-	-	1 829 €
	Capital décès si accident (avant 65 ans)	-	-	-	3 658 €
	Capital décès si accident de la circulation (avant 65 ans)	-	-	-	5 488 €
	Majoration par enfant à charge	-	-	-	365 €
Maternité	Séjour de 5 jours en maternité, en chambre particulière (255 €), et adhésion du nouveau-né (prime maternité et cadeau de naissance)	-	135 € + un cadeau de naissance	360 € + un cadeau de naissance	485 € + un cadeau de naissance

Conditions d'adhésion 2014

Age	Statuts	Nouvelles Adhésion	Mutations
- 56 ans	Carence	Néant	Néant
	Droit d'entrée	Néant	Néant
	Cotisations	Statutaires	Statutaires
De 56 à 70 ans	Carence	3 mois	Néant
	Droit d'entrée	Néant	Néant
	Cotisations	Majorées	Statutaires
Plus de 70 ans	Carence	6 mois	Néant
	Droit d'entrée	230 €	120 €
	Cotisations	Majorées	Majorées

Réalisations mutualistes en ILLE-ET-VILAINE

À RENNES :

- **Clinique mutualiste «La Sagesse»**
Cleunay - 02 99 85 75 75
4 place Saint-Guénolé
Etablissement obstétrico - Chirurgical
- **Résidence mutualiste « La Noë»**
Poterie - 02 99 22 98 30
36 rue Michel Gérard
Etablissement d'Hébergement
pour personnes âgées dépendantes
- **Service de soins infirmiers à domicile
pour personnes âgées**
Maurepas - 02 99 38 00 38
30 rue Guy Ropartz
- **Espace «Audition Mutualiste»
(géré par Surdicom)**
Colombier - 02 99 30 87 89
20-21 place du Maréchal Juin
- **Laboratoire de prothèses dentaires
mutualiste**
Cleunay - 02 23 40 07 98
158 rue Eugène Pottier
- **Centre de soins infirmiers mutualiste**
Maurepas - 02 99 38 00 38
30 rue Guy Ropartz
- **Centres de santé dentaire mutualistes**
Cleunay - 02 99 67 88 22
20 square Louis et Maurice de Broglie
Colombier - 02 99 31 39 22
20-21 place du Maréchal Juin
Fréville - 02 99 53 46 06
26 avenue Henri Fréville
Gros Chêne - 02 99 36 05 31
1 rue du Cardinal Charost
- **Magasin «Les opticiens mutualistes»**
Cleunay - 02 23 42 06 06
(basse vision) 02 23 42 06 09
Centre Commercial Cleunay
Colombier - 02 99 30 84 84
(lentilles) 02 23 40 10 99
4 place du Colombier
Fréville - 02 99 51 19 04
26 Avenue Henri Fréville
Gros Chêne - 02 99 38 72 70
200 avenue Général Patton
Beauregard - 02 99 54 50 55
4 avenue de Cucillé

À FOUGÈRES :

- **Magasin «Les opticiens mutualistes»**
02 99 94 43 36
23 boulevard Jean Jaurès
- **Centre de santé dentaire mutualiste**
02 99 94 30 25
10 rue Charles Malard

À SAINT MALO :

- **Magasin «Les opticiens mutualistes»**
02 23 18 12 12
18 avenue Jean Jaurès
- **Centre de santé dentaire mutualiste**
02 23 18 12 10
18 avenue Jean Jaurès
- **Service de soins infirmiers à domicile
pour personnes âgées**
02 99 56 61 11
10 rue de la Maison Neuve

À VITRÉ :

- **Magasin «Les opticiens mutualistes»**
02 99 75 23 98
1 place du Général de Gaulle (gare)
- **Espace «Audition Mutualiste»
(géré par Surdicom)**
02 99 75 40 00
1 place du Général de Gaulle (gare)

À REDON :

- **Magasin «Les opticiens mutualistes»**
02 99 72 50 00 - 4 Grand Rue
- **Centre de santé dentaire mutualiste**
02 99 72 50 05 - 2 Grand Rue

À LA GUERCHE DE BGNE :

- **Magasin «Les opticiens mutualistes»**
02 99 96 22 63 - Place de la Mairie

38 Millions

De personnes protégées

2000

Établissements et services médicaux, paramédicaux et sociaux

18,8 Milliards d'Euros

Le poids économique des mutuelles adhérentes à la Mutualité Française

Pour les 2 000 services de soins et d'accompagnement mutualistes, on recense :

540

Centres d'optique

400

Centres dentaires

300

Établissements et services pour personnes âgées

190

Centres d'audioprothèse

93

Centres et services de loisirs-vacances

70

Centre de soins médicaux et infirmiers

78

Établissements et services d'hospitalisation

90

Établissements et services pour personnes handicapées

66

Pharmacies

48

Services d'accompagnement de la famille

53

Laboratoires de prothèse dentaire

80

Établissements et services pour la petite enfance

100

Services pour la basse vision



Papier recyclé



1 Saint Grégoire
Espace Performance Alphasis - Bât I
35769 Saint Grégoire Cedex
02 23 25 35 70

2 Saint-Méen-le-Grand
15, rue de Merdrignac
35290 Saint-Méen-Le-Grand
02 99 09 57 36

3 Montfort-sur-Meu
17, rue de Rennes
35160 Montfort-sur-Meu
02 99 09 39 09

4 La-Guerche-de-Bretagne
5, place du 8 Mai
35130 La-Guerche-de-Bretagne
02 99 96 47 22

5 Vitré
7, rue Du Guesclin - CS 90246
35502 Vitré Cédex
02 99 75 00 55

6 Fougères
5, place Gambetta
35300 Fougères
02 23 51 28 03

7 Louvigné-du-Désert
8, place du prieuré
35420 Louvigné-du-Désert
02 99 98 16 51