



Rapport SFCR exercice 2016

Table des matières

Synthèse	3
A. Activité et résultats	4
A.1 Activité	4
A.2 Résultats de souscription.....	5
A.3 Résultats des investissements	5
A.4 Résultats des autres activités	6
A.5 Autres informations.....	6
B. Système de gouvernance	6
B.1 Informations générales sur le système de gouvernance	6
B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité	9
B.3 Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité	12
B.4 Système de contrôle interne.....	15
B.5 Fonction d'audit interne	16
B.6 Fonction actuarielle	17
B.7 Sous-traitance.....	17
B.8 Autres informations	17
C. Profil de risque	17
C.1 Risque de souscription	17
C.2 Risque de marché	18
C.3 Risque de crédit	19
C.4 Risque de liquidité	19
C.5 Risque opérationnel.....	19
C.6 Autres risques importants.....	20
C.7 Autres informations.....	20
D. Valorisation à des fins de solvabilité	20
D.1 Actifs.....	20
D.2 Provisions techniques	22
D.3 Autres passifs	23
D.4 Méthodes de valorisations alternatives	23
D.5 Autres informations.....	23
E. Gestion du capital	24
E.1 Fonds propres	24
E.2 Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis.....	25
E.3 Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis	26
E.4 Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé	26
E.5 Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis	26
E.6 Autres informations.....	26

Synthèse

La mutuelle est une mutuelle du code de la mutualité, organisme à but non lucratif, agréée pour pratiquer les opérations relevant de la branche 2 « maladie » de l'article R211-2. La mutuelle est un acteur mutualiste de référence pour les salariés de l'entreprise SNCF sur le secteur Rhône-Alpes.

L'activité de la mutuelle se structure autour de valeurs fondatrices suivantes :

- **Solidarité**

Pas d'exclusion à l'adhésion, des cotisations fixes sans tranche d'âge, un accès de tous à l'ensemble des garanties, et si vous devez faire face à des dépenses de santé élevées l'intervention possible d'un fonds de secours pour vous accompagner dans les moments difficiles.

- **Proximité**

Un réseau de plus de 150 correspondants, des administrateurs et une équipe de professionnels au contact régulier des adhérents et à leur écoute.

- **Disponibilité**

Dynamisme, réactivité dans le suivi des adhérents. Rapidité des prises en charge et des remboursements, tiers payant généralisé et national.

- **Innovation**

Elle conduit en permanence des réalisations performantes et innovantes en cohérence avec les valeurs de la mutuelle, en synergie avec les savoirs faire de ses salariés et de ses partenaires.

- **Professionalisme**

Une maîtrise technique, un sérieux reconnu par l'ensemble des professionnels de santé, des adhérents et des partenaires.

- **Démocratique**

La garantie que votre avis sera pris en compte par le respect de principes démocratiques. Administrée par des représentants élus directement par les adhérents sous le contrôle d'un commissaire aux comptes et des pouvoirs publics. Chaque adhérent est invité à participer à la vie de la mutuelle.

La gouvernance de la mutuelle repose sur les trois types d'acteurs suivants :

- Le conseil d'administration et la direction opérationnelle salariée qui porte la responsabilité de la définition, la quantification de la stratégie ainsi que de la validation des politiques écrites.
- Les dirigeants effectifs (président et dirigeant opérationnel) qui mettent en œuvre la stratégie définie précédemment et peuvent engager la mutuelle auprès de tiers.
- Les fonctions clés qui participent au pilotage et à la surveillance de l'activité, sur leurs champs spécifiques.

Cette gouvernance repose sur le respect de deux principes essentiels :

- Le principe des quatre yeux : Toute décision significative soit au moins vue par deux personnes (en l'occurrence le président et le dirigeant opérationnel).
- Le principe de la personne prudente : La mutuelle appréhende spécifiquement les risques liés aux investissements et ceux-ci sont réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

Pour l'exercice 2016, la mutuelle présente les indicateurs de référence suivants :

Indicateurs de référence	2016
Cotisations nettes de taxes	8 175 K€
Résultat de souscription	16 K€
Résultat financier	185 K€
Fonds propres Solvabilité 2	8 967 K€
Ratio de couverture du SCR	4,1
Ratio de couverture du MCR	3,6

A. Activité et résultats

A.1 Activité

La mutuelle mclr a été créée en 1973 par un groupe de cheminots actifs et retraités. Initialement destinée à couvrir uniquement le personnel de l'entreprise SNCF, en réponse à de nombreuses sollicitations, la mutuelle mclr a étendu à tous la possibilité de bénéficier de ses garanties.

La mutuelle est une personne morale à but non lucratif, régie par les dispositions du livre 2 du code de la mutualité. Elle est inscrite sous le numéro de SIREN 308 708 650 00053 ; La mutuelle mclr a obtenu, le 10 juin 2003, un agrément pour l'exercice d'activité relevant du livre II du code de la mutualité avec la branche 2 « maladie » de l'article R211-2.

L'orientation stratégique définie par l'AMSB pour les exercices à venir tend à une diversification de l'offre de la mutuelle mclr en se positionnant sur la commercialisation de contrats collectifs. Afin de maintenir une atomicité du portefeuille d'adhérents et de limiter le risque de souscription en proposant des contrats à une entreprise dont l'effectif représenterait un poids trop important par rapport à la totalité des adhérents de la mutuelle mclr, l'AMSB a décidé de cibler des petites et moyennes entreprises dont l'effectif ne devra pas représenter plus de 10% des chefs de famille actuels.

La mutuelle mclr propose des garanties complémentaires santé.

Pour son portefeuille individuel, la mutuelle mclr propose un contrat unique dont la grille tarifaire dépend de trois facteurs :

- Composition familiale (individuelle ou familiale),
- Caisse de régime obligatoire d'affiliation,
- Statut du souscripteur (actif ou retraité),

ainsi qu'un contrat « labellisé » qui est proposé aux agents territoriaux et dont la grille tarifaire dépend de deux facteurs :

- Composition familiale (individuelle ou familiale),
- Statut du souscripteur (actif ou retraité),

ainsi qu'un contrat « TNS » proposé aux travailleurs non salariés et dont la grille tarifaire dépend de deux facteurs :

- Le niveau de garantie choisi
- La composition familiale (individuelle ou familiale).

L'intégralité des risques est solidarisée et aucune tarification n'est effectuée en prenant en compte l'âge ou l'état de santé de la personne.

Pour son portefeuille « contrats collectifs », la mutuelle mclr a décliné trois gammes (responsable, sérénité, confort) qui sont adaptées en fonction des paniers de soins

définis dans les conventions collectives pour les cibles appartenant à des branches professionnelles ayant défini des paniers de soins.

La mutuelle mclr, en application de l'article L612-2 du code monétaire et financier, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 61 Rue Taitbout, 75009 Paris.

La mutuelle a donné mandat pour la certification de ses comptes annuels au cabinet BM&A Rhône-Alpes 32 rue de la République 69002 LYON représenté par Monsieur Alexis THURA.

Fait marquant sur l'exercice 2016 :

L'exercice 2016 a été marqué par la fusion entre la mutuelle mclr et la mutuelle SMIP Rhône-Alpes. En effet, soucieuses de garantir à leurs adhérents individuels ou collectifs une représentativité élargie sur la région Rhône-Alpes, favorisant la mise en œuvre des prestations de services de qualité, les deux mutuelles ont décidé de fusionner.

Dans le cadre de la fusion-absorption, la Mutuelle SMIP Rhône-Alpes a fait apport à la Mutuelle MCLR de l'intégralité de son actif contre prise en charge de la totalité de son passif.

Cette fusion-absorption s'est traduit par la mise en commun des expertises, du savoir-faire et des compétences complémentaires, tout en simplifiant la gestion administrative, comptable et financière de ces deux organismes permettant ainsi de réaliser des économies de coûts. Elle permet également d'accompagner les entreprises adhérentes dans l'évolution de leurs implantations régionales.

A.2 Résultats de souscription

Les résultats de souscription de l'activité « Frais de santé » représentent 16 K€ au titre de l'exercice 2016 contre 54 K€ au titre de l'exercice 2015.

L'ensemble de l'activité de la mutuelle mclr est réalisé en France.

A.3 Résultats des investissements

Au titre de son activité d'investissement, la mutuelle dispose d'un portefeuille de placement s'élevant à 945 K€.

Les produits et charges financiers par classes d'actifs se décomposent ainsi :

Type d'actifs	Valeur de marché	Produits	Charges	Résultat des investissements	+/- values latentes
Obligations d'État	249 K€	9 K€		9 K€	50 K€
Actions	50 K€	0 K€		0 K€	0 K€
Trésorerie et dépôts	7 961 K€	96 K€		96 K€	0 K€
Immobilisations corporelles	1 825 K€	131 K€	51 K€	80 K€	1 100 K€
Autres investissements	142 K€	1 K€		1 K€	134 K€
Total	10 226 K€	237 K€	51 K€	186 K€	1 284 K€

Conformément à la politique de placement édictée par l'AMSB, le portefeuille se compose à hauteur de plus de 95% de placements tangibles non risqués et de trésorerie.

Les immobilisations corporelles correspondent aux locaux détenus par la mutuelle mclr à Lyon et à Annecy. La trésorerie et les dépôts correspondent à de la trésorerie disponible sur compte courant et comptes sur livrets. Ils incluent 425 K€ déposés sur des comptes à termes.

Le résultat d'investissement ainsi que les plus et moins-values latentes viennent directement impacter les fonds propres Solvabilité 2 de la manière suivante :

- Le résultat d'investissement est une composante du résultat net qui impacte les fonds excédentaires.
- Le total des plus et moins-values latentes, net des impôts différés, vient augmenter/imputer la réserve de réconciliation.

A.4 Résultats des autres activités

La mutuelle ne dispose pas d'autres produits ou dépenses importants hors ceux indiqués dans les paragraphes précédents.

A.5 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter l'activité ou les résultats n'est à mentionner.

B. Système de gouvernance

B.1 Informations générales sur le système de gouvernance

B.1.a Organisation générale

Le choix du système de gouvernance de la mutuelle a été opéré en conformité avec les articles 41 à 49 de la directive, transposés aux articles L.114-21, L.211-12 à 14 du code de la mutualité et détaillés dans les articles 258 à 260, 266 à 275 des actes délégués.

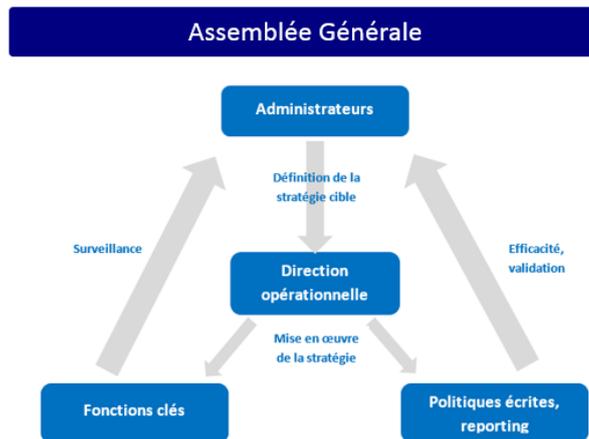
La gouvernance de la mutuelle est ainsi fondée sur la complémentarité entre :

- Les administrateurs élus (conseil d'administration).
- La présidence et la direction opérationnelle choisie pour ses compétences techniques et managériales (dirigeants effectifs).
- Les fonctions clés en charge de prérogatives spécifiques (actuariat, gestion des risques, conformité et contrôle interne) devant soumettre leurs travaux au conseil d'administration.

L'organisation générale de la gouvernance est décrite dans les statuts de la mutuelle approuvée par l'assemblée générale. Par ailleurs, le conseil d'administration contribue annuellement à la revue des politiques écrites de la mutuelle.

Ainsi, les rôles et responsabilités d'acteurs ont été clairement identifiés et définis permettant de s'assurer d'une correcte séparation des tâches entre les fonctions d'administration, de gestion et de contrôle. Les canaux de communication entre ses acteurs ont été également définis.

La vision schématique du système de gouvernance se présente comme suit :



B.1.b Conseil d'administration

Le Conseil d'Administration de la MCLR est composé de 24 administrateurs. Les administrateurs sont élus par l'Assemblée Générale, pour une durée de six ans, parmi les membres participants. Le renouvellement est effectué par tiers tous les deux ans, les membres sortants sont rééligibles.

Cumul des mandats

L'article L. 114-23 du Code de la Mutualité stipule qu'une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, d'unions et fédérations.

Aucun administrateur de la mclr n'est administrateur de mutuelles, d'unions et fédérations.

Limitation apportée à la fonction d'Administrateur

Pour être éligible au Conseil d'Administration les membres doivent :

- Être âgés de 18 ans révolus,
- Ne pas avoir exercé de fonctions de salarié au sein de la Mutuelle au cours des trois dernières années précédant l'élection,
- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité, la Mutuelle possède l'extrait du casier judiciaire bulletin n°3 de chaque administrateur.

Le nombre d'administrateurs ayant dépassé la limite d'âge fixée à soixante-quinze ans ne peut excéder un tiers des membres du Conseil d'Administration.

Evaluation de l'activité du Conseil d'Administration

Les statuts de la MCLR prévoient que le Conseil d'Administration se réunisse au minimum cinq fois par an.

Au cours de l'exercice écoulé, le Conseil d'Administration de la MCLR, sur convocation du Président, s'est réuni 12 fois. 69 % des administrateurs en moyenne ont participé à ces séances qui ont donc pu valablement délibérer. Une feuille d'émargement a bien été établie lors de chaque séance et les procès-verbaux des séances ont bien été consignés et signés sur le registre officiel.

Les ordres du jour ont été établis selon les règles définies par la mutuelle et présentées ci-après.

Mission et rôle du Conseil d'Administration

Le conseil d'administration détermine les orientations de la MCLR et veille à leur application.

Les administrateurs disposent, lors de chaque séance, d'un arrêté comptable au dernier jour du mois précédent la tenue du Conseil ainsi que d'un comparatif budget/réalisé au dernier jour du mois précédent la tenue du Conseil, permettant à chaque administrateur de prendre ses décisions en connaissant la situation financière de la mutuelle et de mesurer les conséquences éventuelles des décisions prises.

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toutes les questions intéressant la bonne marche de la MCLR.

Il donne son autorisation préalable à toute convention conclue avec un administrateur en application de l'article L.114-32 du code de la mutualité.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit, conformément à l'article L.114-7 du code de la mutualité, un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale.

Il établit également un rapport de solvabilité conformément aux dispositions de l'article L.212-6 du code de la mutualité.

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

Le Conseil d'Administration a reçu, lors de sa séance du 27 avril 2017, l'assurance des Commissaires aux comptes qu'ils ont eu accès à l'ensemble des informations nécessaires à l'exercice de leur mission. Il a également été informé du périmètre et des modalités de leur intervention ainsi que des conclusions de leurs travaux.

Elaboration des ordres du jour

Les ordres du jour sont élaborés par l'AMSB (Administration, management or supervisory body).

Modalités de convocation

Le Conseil d'Administration est convoqué par le Président.

La convocation prévoit l'ordre du jour, le lieu de réunion et intègre les documents nécessaires à l'examen préalable des thèmes abordés. Les convocations sont le plus souvent accompagnées de la situation comptable mensuelle et du comparatif budget / réalisé. Lorsque la date prévue d'envoi des convocations ne permet pas de respecter cette consigne, ils sont remis en début de séance.

Formalisation des procès-verbaux

Le procès-verbal de chaque réunion est établi par le secrétaire de séance. Il est approuvé par les administrateurs puis il est enregistré dans un registre unique paraphé par le tribunal d'instance de Lyon et signé par le Président et le Secrétaire de séance.

Organisation et fonctionnement des comités ou commissions :

- **Comité d'audit**

Par décision du conseil d'administration en date du 21/10/08, un comité de contrôle interne composé de six membres du conseil d'administration a été constitué. Ce comité de contrôle interne a été transformé en comité d'audit par décision du conseil d'administration du 31 mars 2009. Il a été renouvelé pour moitié lors du conseil d'administration du 23 janvier 2014 et il compte deux nouveaux membres par décision du conseil d'administration du 23 novembre 2016.

Ce comité se compose donc de huit membres élus pour la durée de leur mandat d'administrateur.

- **Commission actuariat**

Composée de 14 membres du Conseil d'Administration, cette commission s'est réunie les 28 août 2016 et le 13 septembre 2016, assistée de la Directrice Opérationnelle et du Directeur Administratif et Financier.

Au terme de ses travaux, elle a présenté au Conseil d'Administration, en sa séance du 20 septembre 2016, les préconisations d'évolution des garanties offertes à chaque souscripteur pour l'année 2017 dans le respect du principe de solidarité qui guide le mode de tarification des garanties.

- **Commission communication :**

Composée de 6 membres du Conseil d'Administration, cette commission s'est réunie le 12 janvier 2016, assistée de la Directrice Opérationnelle.

Modalités de constitution des commissions

Selon la nature et la complexité des dossiers traités, le Conseil d'Administration peut choisir de créer une ou plusieurs commissions qui auront à charge le suivi de dossiers spécifiques.

Les membres participants sont issus du Conseil d'Administration. Toutefois, avec l'accord du Conseil d'Administration, les commissions peuvent faire appel à des acteurs externes.

Pratique et politique de rémunération

Membres du Conseil d'Administration :

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites. Néanmoins une indemnité de sujétion spéciale est attribuée au Président de la Mutuelle à hauteur de 617,6 € par mois et au secrétaire général, notamment en charge de la veille concurrentielle à hauteur de 345,22 € par mois.

Salariés de la Mutuelle :

Les rémunérations sont fixées par type de poste en fonction de l'expérience et de la formation en rapport avec le poste proposé. Les salaires annuels sont versés sur une base de 13,55 mensualités. Ces salaires font l'objet d'une réévaluation annuelle avec l'attribution d'un choix en fonction de la qualité du travail réalisé sur l'année et de critères prédéfinis.

La Mutuelle peut attribuer des éléments variables de rémunération selon les critères suivants :

- Augmentation de la charge de travail du fait de l'absence d'un collaborateur, de la survenance d'un événement exceptionnel,
- De l'implication personnelle du salarié dans l'entreprise.

Toutefois, cette part variable reste un élément non significatif du salaire. A titre informatif, la part variable la plus importante versée sur l'exercice 2014 représentait moins de 7 % du salaire du collaborateur concerné.

B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité

Conformément aux obligations découlant de l'article 42 de la directive cadre Solvabilité 2, transposées à l'article L.114-21 du code de la mutualité et développées aux articles 258 et 273 des actes délégués, l'ensemble des dirigeants et responsables de fonctions clés est soumis à une exigence double de compétence et d'honorabilité. Pour chaque acteur identifié comme tel par la mutuelle, une preuve de la

compétence peut être apportée par l'expérience professionnelle, les qualifications acquises ou les formations passées et futures. L'honorabilité peut se prouver grâce à des extraits de casiers judiciaires des personnes concernées.

La mutuelle accorde une importance graduée à son niveau d'exigence en matière de compétences et d'honorabilité, conformément au principe de proportionnalité, qui se décline selon la complexité, la nature et l'envergure des activités, des domaines et des risques au sein desquels la personne évolue.

B.2.a Politique de compétence et d'honorabilité

L'évolution des compétences constitue un prérequis pour assurer l'efficacité et la pertinence de la gouvernance de la mutuelle.

Elle repose sur :

- une identification des besoins particuliers à la mutuelle, déclinée selon le principe de proportionnalité ;
- une cartographie initiale des compétences des individus composant la mutuelle sur une base déclarative ;
- une politique de gestion prévisionnelle des emplois et compétences, appliqué à l'ensemble des élus et salariés afin d'assurer la continuité des ressources clés ;
- Des formations qui sont votées en conseil d'administration ;

PUBLICS VISES	Formation à fin d'exercice	Formation prévue prochain exercice
Administrateurs	<p>Cycle national Stratégie et Gestion Modules 1 à 3 – Université Paris 1 Suivi par 3 administrateurs sur 22</p> <p>Fiscalité des mutuelles et Unions Primaudit – Suivi par 1 administrateur sur 22</p> <p>Actuariat et Solvabilité II Cabinet Actuarielles- Suivi par 3 administrateurs sur 22</p> <p>Evolution de la gouvernance sous SII – FNIM - Suivi par 2 administrateurs sur 22</p> <p>Honorabilité et Compétences – Fonds propres sous SII – Cabinet Actuarielles -suivi par 17 administrateurs sur 22</p> <p>Rôle et statut de l'administrateur mutualiste – FNMF – Suivi par 4 administrateurs sur 22</p> <p>Comment faire face à un contrôle ACPR – FNIM – suivi par</p>	<p>Maîtriser le dispositif de contrôle interne dans la perspective de Solvabilité II – FNMF</p> <p>La lutte contre le blanchiment des capitaux : Tracfin – FNMF</p> <p>La Fiscalité des mutuelles de Livre II - FNMF</p>

	3 administrateurs	
Salariés des fonctions clés	<p>Fiscalité des mutuelles et Unions Primaudit – Suivie par la Directrice Générale</p> <p>Actuariat et Solvabilité II Cabinet Actuarielles – Suivie par la Directrice Générale</p> <p>Evolution de la gouvernance sous SII – FNIM - Suivie par la Directrice Générale</p> <p>Honorabilité et Compétences – Fonds propres sous SII -Cabinet Actuarielles - Suivie par la Directrice Générale et le Directeur Administratif et Financier</p> <p>Comment faire face à un contrôle ACPR – FNIM – Suivie par la Directrice Générale et le Directeur Administratif et Financier</p> <p>Contrats Collectifs et ANI – AF2A – Suivie par le Directeur Administratif et Financier</p>	<p>Diplôme d'actuaire – ISFA – Directeur Administratif et Financier</p> <p>La lutte contre le blanchiment des capitaux : Tracfin – FNMF – Direction Générale et Directeur Administratif et Financier</p> <p>Le recours contre tiers – FNMF Directrice Générale et Responsable d'Unité.</p>

Ainsi :

- Les membres du conseil d'administration disposent collectivement de la compétence et de l'expérience nécessaires mentionnés à l'article L114-21 du code de la mutualité. Ces compétences concernent les activités d'assurance et de gestion financière, la stratégie de l'organisme et son modèle économique, son système de gouvernance, l'analyse comptable, statistique et/ou actuarielle ainsi que le cadre réglementaire applicable à l'organisme. Cette exigence de compétence collective reste proportionnée à la nature, à la portée et à la complexité des garanties, des portefeuilles et des activités de l'organisme.
- Les responsables des fonctions clés bénéficient d'une évolution professionnelle continue.

B.2.b Exigences d'honorabilité et processus d'appréciation

Méthode d'appréciation retenue pour l'appréciation de la compétence et de l'honorabilité :

- Compétence : elle est appréciée en fonction de la formation initiale et continue, de l'expérience professionnelle et de l'expérience acquise dans la conduite d'un organisme mutualiste en tant qu'administrateur, pour les administrateurs, et de l'expérience acquise dans un poste similaire pour les collaborateurs. La compétence du Conseil d'Administration est appréciée de manière collective.

- Honorabilité : elle est appréciée au moyen de la production par chaque acteur de l'entreprise (salariés ou administrateurs) d'un extrait de casier judiciaire.

B.3 Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité

B.3.a Organisation du système de gestion des risques

En application de l'article 44 de la directive cadre Solvabilité 2 et de l'article 259 des actes délégués, La mutuelle est tenue de mettre en place un système de gestion des risques. Ce système a pour vocation d'identifier et mesurer les risques auxquels elle est exposée dans le cadre de ses activités. Il comprend :

- des dispositifs de détection et d'évaluation des risques ;
- des mesures de contrôle et de maîtrise ;
- une intégration des processus décisionnels de l'entité.

Il est à noter que le système décrit est intégré à l'organisation de la structure et, à ce titre, relayé au sein des organigrammes, procédures et modes opératoires encadrant au quotidien l'activité de l'entreprise.

Le système de gestion des risques de la mutuelle couvre l'ensemble des domaines présentant un niveau de criticité significatif et susceptible de représenter une menace quantifiable pour son activité, la qualité du service rendu aux adhérents, la pérennité de son modèle économique ou sa capacité à couvrir ses engagements assurantiels.

La cartographie des risques constitue le support de collecte, d'évaluation et de hiérarchisation des risques auxquels est confrontée la mutuelle. Elle a été établie selon une méthodologie de type « top down », sur la base de son organisation actuelle et présente de manière synthétique et graphique les risques de l'entreprise.

L'ensemble des risques ont été recensés par la Direction Opérationnelle et ont fait l'objet d'une évaluation affinée au niveau des risques bruts. La fréquence de survenance et l'impact (financier, juridique, opérationnel...) de ces risques ont permis de déterminer un niveau de criticité.

En complément de l'analyse des risques bruts, les éléments de maîtrise et les contrôles de premier niveau mis en place dans la mutuelle ont été inventoriés, permettant ainsi de déterminer les niveaux de risques résiduels.

Chaque changement organisationnel ou opérationnel fait l'objet d'une évaluation afin de déterminer les risques induits. A titre d'exemple, la récente mise en place de l'activité de développement de contrats collectifs au sein de la mutuelle mclr a conduit à mettre à jour la matrice des risques en incorporant les nouveaux risques générés par cette activité, les éléments de maîtrises et les contrôles associés aux risques inventoriés.

Information sur les risques significatifs auxquels l'entreprise est exposée sur la durée de vie de ses engagements d'assurance et sur la manière dont ces risques ont été pris en compte dans son besoin global de solvabilité.

Dans le cadre du présent rapport, les domaines concernés par cette définition sont les suivants :

- Souscription et provisionnement ;
- Gestion actif-passif ;
- Gestion des actifs :
 - respect de la politique de placement ;

- gestion du risque de liquidité et de concentration ;
- Gestion du risque opérationnel ;
- Dispositifs d'atténuation ou de partage du risque ;
- Gestion du risque d'image.

Ces domaines sont abordés d'un point de vue technique par le dispositif de revue des risques quantitatifs induit par l'évaluation du SCR selon la formule standard et d'un point de vue processus par le rapprochement des méthodes d'identification dites « top down » (partant des directeurs) et « bottom up » (issue des opérationnels). Différents outils contribuent à ces deux dernières méthodes et leur résultat est décrit de manière détaillée dans le rapport EIRS.

Intégration dans la structure organisationnelle :

L'effectif de la mutuelle mclr, hors Directrice Opérationnelle et Direction Administrative et Financière, est de 5 salariés dont une cadre, Responsable d'Unité, qui a en charge de s'assurer que les procédures et les éléments de maîtrise définis par la Direction Générale sont correctement appliqués.

Par ailleurs, la responsable d'unité est consultée lors de l'identification et l'évaluation de nouveaux risques opérationnels afin d'actualiser la cartographie des risques et de concevoir les contrôles destinés à maîtriser ces nouveaux risques.

Elle a également en charge de centraliser les anomalies détectées par les opérationnels et de les communiquer à la Direction Opérationnelle.

Intégration dans les prises de décisions :

Le Président convoque un Conseil d'Administration par mois avec pour objectif de présenter l'état d'avancement des projets en cours, l'évolution du contexte juridique et économique du secteur d'activité, l'évolution des effectifs de la mutuelle, les projets à initier.

Afin de garantir aux administrateurs de pouvoir délibérer en ayant une parfaite connaissance des capacités financières de la mutuelle au dernier jour du mois qui précède la tenue du Conseil d'Administration, un état de la situation financière (Compte de résultat – Budget prévisionnel / Budget réalisé), permettant ainsi à chacun de l'étudier préalablement à la tenue du Conseil d'Administration. Ces données financières sont commentées lors de chaque Conseil.

Tous les engagements sont pris en respectant le principe des 4 yeux (Président, Direction Opérationnelle).

Le conseil d'administration :

L'approche exhaustive et transversale de l'identification et de l'évaluation des risques représente un élément clé de gouvernance. A ce titre, le conseil d'administration détermine les orientations stratégiques et crée l'environnement favorable à une gestion des risques efficace. Il influence la démarche de cartographie sur ses fonctions d'administration et de contrôle, en :

- Définissant la stratégie et la politique des risques (appétence et seuils de tolérance) ;
- Approuvant annuellement les politiques écrites concernant la gestion des risques avec notamment les domaines cités dans l'article 44 de la directive cadre Solvabilité 2 ;
- Contrôlant l'adéquation des dispositifs de gestion des risques et le respect du niveau général des risques définis.

B.3.b Evaluation interne des risques et de la solvabilité

L'évaluation interne des risques et de la solvabilité fait partie intégrante de la gouvernance de la mutuelle. Elle introduit les notions de tolérance et d'appétence au

risque dans la déclinaison des objectifs et les prises de décisions stratégiques. Elle s'appuie sur :

- le dispositif d'évaluation, de gestion des risques et de contrôle interne efficient, dynamique et partagé qui confronte les deux approches « top down » et « bottom up » d'analyse des risques (décrites dans les parties précédentes);
- la prise en compte et le suivi des recommandations des auditeurs internes et externes (commissaire aux comptes) ;
- la prise en compte et le suivi des incidents (rapport de contrôle interne, politique de sécurité SI) ;
- le système d'information de qualité, « simple et crédible » qui est partagé entre les différents acteurs de la mutuelle permet également de répondre aux exigences de reporting vers les autorités de contrôle,
- une organisation performante reposant sur les principes suivants :
 - un fonctionnement en mode « projet » sur les réformes stratégiques importantes, dans le respect du principe de proportionnalité ;
 - la déclinaison du principe de proportionnalité à tous les niveaux de décision et de mise en œuvre ;
 - la constitution de commissions dédiées ;
 - la formalisation et le partage des travaux notamment envers le conseil d'administration ;
 - la formalisation des procès-verbaux du conseil d'administration sur un registre officiel paraphé par le tribunal d'instance de Lyon intégrant l'approche par les risques pour les décisions considérées par la mutuelle comme stratégiques ou significatives pour ses activités.

En déclinaison des principes rappelés ci-dessus, le conseil d'administration approuve la politique d'EIRS et s'assure que le processus EIRS est adapté et mis en œuvre. Ainsi, lorsqu'un dossier est soumis au conseil d'administration pour décision, celui-ci porte son attention sur :

- la pertinence de la liste et de l'évaluation des risques auxquels l'organisme est exposé dans la cadre de cette décision, en lien la cartographie des risques majeurs (et notamment les risques actifs - passifs) ;
- l'intégration des pratiques et contrôles des responsables opérationnels ;
- la proportionnalité des outils par rapport aux risques encourus ;
- l'adéquation des hypothèses présentées, de manière prospective, avec les objectifs stratégiques, traduits dans le business plan et les prévisions ;
- la qualité et la suffisance de la documentation, de la justification et de l'indépendance des études réalisées, permettant de se former une opinion.

Si nécessaire, le conseil d'administration demande selon son jugement de revoir ou de corriger des paramètres concernant l'environnement externe (concurrence, juridique, économie, fiscalité, ...) ou interne (interdépendances de décisions, évolution du niveau d'appétence aux risques fixé, adaptation de la stratégie ou de l'organisation...).

B.3.c Rôle spécifique de la fonction gestion des risques

Déclaration sur la fréquence d'approbation de l'évaluation interne des risques et de la solvabilité par l'OAGC (AMSB).

Le processus est approuvé par le conseil d'administration au minimum une fois par an sauf en cas de modification significative du profil de risque.

Déclaration expliquant comment l'entreprise a déterminé ses propres besoins de solvabilité compte-tenu de son profil de risque ainsi que des interactions entre la gestion de ses fonds propres et son système de gestion des risques

Le profil de risque de l'organisme a été construit à partir de la formule standard et en estimant un besoin global de solvabilité.

Tout d'abord, il résulte des travaux de cartographie des risques menés en interne que le profil de risque de la mutuelle est en adéquation avec la formule standard.

Informations sur la manière dont l'entreprise satisfait à son obligation d'investir tous ses actifs conformément au principe de la « personne prudente » énoncé à l'article 132 de la directive 2009/138/CE.

Le Conseil d'Administration a fait le choix d'investir ses actifs pour partie en immobilier (locaux de la mutuelle essentiellement) et en dépôt sur comptes bancaires rémunérés avec une garantie de capital.

B.4 Système de contrôle interne

B.4.a description du système

Le contrôle interne a pour objectif de maintenir la pérennité de l'entreprise en assurant la protection, la sauvegarde de son patrimoine ainsi que la qualité de l'information financière et en veillant à la bonne application des instructions de l'AMSB, tout en permettant l'amélioration des performances.

Il a également pour objectif de vérifier que l'organisation, les procédures internes sont conformes aux dispositions législatives en vigueur ainsi qu'aux normes professionnelles et déontologiques. Une attention particulière est accordée à la vérification de la conformité des factures reçues en vue d'un paiement.

Pour la mise en place de son Dispositif Permanent de Contrôle Interne (DPCI), la mutuelle utilise un référentiel externe, celui du COSO.

Le contrôle interne au sein de la mutuelle est organisé par domaines fonctionnels. Chaque personne en charge d'un processus de contrôle interne dispose d'un mode opératoire définissant les objectifs à atteindre ainsi que les moyens à mettre en œuvre.

Ce dispositif de contrôle interne peut s'appuyer sur :

- une organisation adaptée aux objectifs de l'entreprise (chaque poste fonctionnel fait l'objet d'une fiche de fonction et un organigramme de l'entreprise permet d'identifier les acteurs au sein de l'entreprise),
- des responsabilités et pouvoirs clairement définis,
- des outils informatiques adaptés aux objectifs actuels de l'entreprise et répondant aux objectifs de sécurité tant physique que logique afin d'assurer la conservation des données enregistrées,
- Un accès aux procédures de l'entreprise en fonction des habilitations de chaque salarié via un logiciel de contrôle interne dédié.

La méthodologie mise en œuvre est déclinée selon les principales étapes suivantes :

ETAPE 1 :

Identification des processus de l'organisme et compréhension de la déclinaison de ces grands processus au sein de chaque service de la mutuelle. Mise en évidence des principales zones de risques.

ETAPE 2 :

Evaluation et déploiement du contrôle interne aux niveaux de l'entité dans son ensemble et par départements (identification et description des risques, actions de maîtrise associées, contrôle mis en place...). Mesure des risques et efficacité des actions de maîtrise mises en œuvre.

ETAPE 3 :

Traitement des risques identifiés, résiduels et non tolérables. Construction et suivi de plans d'actions correctifs.

Les différents niveaux de contrôle sont résumés dans le tableau suivant :

Niveau	Type de contrôle	Responsables	Livrables
1	Contrôle permanent Via le système d'information et les services opérationnels	Responsables de services, Direction financière et Direction générale	Etablissement de fiches de contrôle interne permettant le recensement des incidents
2	Contrôle permanent et périodique via les fonctions clés	Fonctions gestion des risques, actuarielle, audit interne et vérification de la conformité	Rapports des fonctions clés (à mettre en place), Reporting du contrôle interne
3	Contrôle permanent et périodique AMSB	Comité d'audit, CA et fonction audit interne	Rapport du comité d'audit au nombre de 5 pour 2014

L'ensemble du processus et des procédures du système de contrôle interne de la mutuelle sont rassemblés un logiciel de contrôle interne dédié. Chaque salarié a accès au descriptif des processus traités sous sa responsabilité et des procédures afférentes. Dès lors qu'un changement organisationnel ou stratégique est entrepris dans la mutuelle une mise à jour des procédures est effectuée directement dans le logiciel.

Dans le cadre du système de contrôle interne, l'audit interne est la fonction-clé du système de gouvernance qui assure des missions de contrôle périodique : il aide l'organisation à atteindre ses objectifs en évaluant, par une approche systématique et méthodique, ses processus de gestion des risques, de contrôle interne et de gouvernance d'entreprise, et en faisant des propositions pour renforcer leur efficacité.

B.4.b Rôle spécifique de la fonction conformité

La fonction conformité, telle que décrite à l'article 46 de la directive cadre ainsi qu'à l'article 270 des actes délégués, est en charge de la de gestion du risque « réglementaire ».

Dans la mutuelle, la Direction Opérationnelle est responsable de la conformité.

B.5 Fonction d'audit interne

Conformément aux dispositions de l'article 47 de la directive, précisées à l'article 271 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une fonction d'audit interne. Cette disposition est en cohérence avec les exigences préalables de l'ordonnance n°2008-1278 du 8 décembre 2008.

A cet effet, la mutuelle a mis en place un comité d'audit en charge de la supervision des activités d'audit et un dispositif d'audit interne. Le conseil d'administration, par l'intermédiaire du comité d'audit, entend annuellement la fonction d'audit interne. Dans ce cadre, la fonction d'audit interne :

- Rend compte de la réalisation du plan d'audit ;
- Présente les conclusions des missions réalisées et les recommandations associées.
- Réalise un état des lieux de la mise en œuvre des recommandations émises.

- Propose un plan d'audit pour l'année suivante, ce dernier étant validé voire préalablement amendé par le conseil d'administration.

La fonction d'audit interne, pour assurer son objectivité, dispose également de la possibilité de conduire des audits non prévus initialement dans le plan d'audit. A cet effet, toute détection ou évènement majeur portant atteinte à la maîtrise des risques est susceptible de donner lieu à une mission d'audit non planifiée initialement.

B.6 Fonction actuarielle

Conformément aux dispositions de l'article 48 de la directive, précisées à l'article 272 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une fonction actuarielle.

Les prérogatives de la fonction actuarielle incluent notamment la coordination et le contrôle des provisions techniques. En cela, la fonction actuarielle :

- S'assure de l'adéquation des méthodologies, des modèles sous-jacents et des hypothèses utilisés pour le calcul des provisions techniques.
- S'assure de la suffisance de la qualité des données utilisées dans le calcul des provisions techniques et en évalue les limites.

La fonction actuarielle rend compte annuellement à la direction et au conseil d'administration de la fiabilité et du caractère adéquat du calcul des provisions techniques et rédige pour cela un rapport actuariel. Celui-ci met en exergue les écarts constatés, les limites des méthodes et de la qualité des données et évalue le degré de certitude et de fiabilité des calculs. Le rapport vise aussi à présenter les défaillances et les recommandations associées à mettre en œuvre pour y remédier.

B.7 Sous-traitance

Dans le cadre de son activité, la mutuelle a recours à de la sous-traitance sur les domaines suivants :

- La gestion du parc informatique, sous le couvert d'un contrat d'infogérance,
- La tenue de la comptabilité, qui est tenue par un cabinet d'expertise comptable.

En outre, le conseil d'administration revoit annuellement la liste des prestataires externes.

B.8 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter le système de gouvernance n'est à mentionner.

C. Profil de risque

C.1 Risque de souscription

C.1.a Appréhension du risque de souscription au sein de la mutuelle

Le risque de souscription et de provisionnement de la mutuelle correspond au risque de perte financière découlant d'une tarification ou d'un provisionnement inadéquats à la garantie sous-jacente (les cotisations ne permettent pas de couvrir les prestations et frais de l'organisme ou les provisions ne permettent pas de couvrir les prestations afférentes).

Ce risque de souscription et de provisionnement en santé peut notamment émaner des sources suivantes :

- Des hypothèses de tarification et de provisionnement.

- Des informations sur la population, disponibles pour la tarification et le provisionnement.

C.1.b Mesure du risque de souscription et risques majeurs

La mutuelle pilote son risque de souscription et de provisionnement au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- L'évolution du portefeuille (nombre d'adhérents ou montant de cotisations).
- Le rapport P/C (Prestations + Frais / Cotisations).
- Les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

C.1.c Maitrise du risque de souscription

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle a défini une politique de souscription et de provisionnement qui contribue au système de gestion des risques.

Par ailleurs la sensibilité de la mutuelle au risque de souscription est testée dans le processus ORSA.

C.2 Risque de marché

C.2.a Appréhension du risque de marché au sein de la mutuelle

Le risque de marché correspond à l'impact sur les fonds propres de la mutuelle de mouvements défavorables liés aux investissements.

Le montant du SCR marché est limité et concerne le sous-module « SCR immobilier », « SCR concentration » et « SCR action ».

C.2.b Mesure du risque de marché et risques majeurs

Le SCR immobilier (492 K€) a été calculé en prenant en compte la formule standard qui consiste à appliquer une décote égale à 25% de la valeur de marché du patrimoine détenu.

Le risque de concentration (192 K€) a été calculé en appliquant la formule standard. Les actifs dont le SCR est calculé dans le module de risque de défaut (trésorerie, comptes et dépôts à terme) n'ont pas été retenus.

La première étape consiste à calculer l'exposition à chaque contrepartie unique (estimée au niveau ultime de détention : deux filiales d'un même groupe ont la même contrepartie unique). Ce montant est ensuite rapporté à la base de dispersion, correspondant à l'ensemble des actifs de placements hormis :

- Les unités de compte
- Les actifs pris en charge dans le module contrepartie
- Les OPCVM non transparisés

C.2.c Maitrise du risque de marché

Compte tenu des orientations édictées par l'AMSB relatives à la gestion des placements financiers :

- Pas d'investissement en actions sur les marchés financiers ;
- Risque nul en ce qui concerne la perte en capital investi (placement à capital garanti) ;

- Disponibilité de la trésorerie permettant de couvrir les besoins générés par l'activité ainsi que les engagements réglementés.

Le risque de marché ne représente pas un élément significatif parmi les risques supportés par la mutuelle mclr.

C.3 Risque de crédit

Non applicable pour la mutuelle mclr.

C.4 Risque de liquidité

C.4.a Appréhension du risque de liquidité au sein de la mutuelle

Le risque de liquidité correspond au risque de perte résultant d'un manque de liquidités disponibles à court terme pour faire face aux engagements de la mutuelle. Dans le cadre de l'activité de la mutuelle, il s'agit essentiellement de la capacité à régler les prestations aux bénéficiaires.

C.4.b Mesure du risque de liquidité et risques majeurs

Pour ses engagements à court terme relatifs à l'activité de santé, la mutuelle suit tout particulièrement :

- L'évolution du montant des prestations réglées et provisionnées.
- Les délais de règlement.
- Le niveau de trésorerie.
- Le montant total du bénéfice attendu inclus dans les primes futures.
- La liquidité des placements détenus en portefeuille.

C.4.c Maitrise du risque de liquidité

Conformément à la politique de placement édictée par l'AMSB, la mutuelle mclr n'est pas sujet au risque de liquidité du fait d'un portefeuille d'actifs composé à hauteur de plus de 95% de placements tangibles non risqués et de trésorerie disponible permettant la couverture des engagements réglementés.

C.5 Risque opérationnel

C.5.a Appréhension du risque opérationnel au sein de la mutuelle

Le risque opérationnel de la mutuelle correspond aux pertes potentielles qui pourraient résulter d'une défaillance au sein de l'organisme, défaillance qui pourrait être imputée à un défaut de contrôle interne, ce risque peut avoir les causes suivantes :

- Risques de non-conformité (sanctions financières liées à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ou bien encore la protection de la clientèle).
- Risques juridiques (frais juridiques engagés et amendes faisant suite à des litiges).
- Risque de fraude interne et externe.
- Risques d'exécution des opérations (défaillance humaine, de contrôle, d'organisation, etc.).
- Risque de défaillance des systèmes d'information (indisponibilité ou latence des outils affectant la capacité de travail, etc.).
- Risques liés à la qualité des prestations sous-traitées (qualité et délai de gestion, etc.).

- Risques relevant de la sécurité des biens et des personnes (incendie, etc., affectant la disponibilité des collaborateurs et des locaux).
- Risques de réputation (dégradation de l'image de la mutuelle suite à une mauvaise qualité de gestion ou un défaut de conseil lors de la commercialisation, à la qualité des produits).
- Risques liés à l'évolution de l'environnement légal (nouvelle réglementation affectant directement ou indirectement la capacité à maintenir une activité).

C.5.b Mesure du risque opérationnel et risques majeurs

Le risque opérationnel est suivi au travers de la collecte des incidents et des pertes opérationnelles, matérialisés au sein d'une cartographie des risques. Les incidents présentant un impact financier, réglementaire ou de réputation important sont remontés à la Direction Opérationnelle.

Au sein de la cartographie des risques, l'identification des risques opérationnels majeurs fait l'objet d'une analyse et donne lieu à des plans d'actions visant à restreindre ou éliminer les causes sous-jacentes.

C.5.c Maîtrise du risque opérationnel

La cartographie des risques de la mutuelle prévoit des actions de maîtrise des risques opérationnels en fonction de leur importance.

L'effectif de la mutuelle mclr, hors Direction Opérationnelle et Direction Administrative et Financière, est de 5 salariés dont un cadre, Responsable d'Unité, qui a en charge de s'assurer que les procédures et les éléments de maîtrise définis par la Direction Opérationnelle sont correctement appliqués.

Par ailleurs, la responsable d'unité est consultée lors de l'identification et l'évaluation de nouveaux risques opérationnels afin d'actualiser la cartographie des risques et de concevoir les contrôles destinés à maîtriser ces nouveaux risques.

Elle a également en charge de centraliser les anomalies détectées par les opérationnels et de les communiquer à la Direction Opérationnelle.

C.6 Autres risques importants

Aucun autre risque important ou qualifié comme tel par la mutuelle susceptible d'impacter le profil de risque présenté plus haut n'est à mentionner.

C.7 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter le profil de risque n'est à mentionner.

D. Valorisation à des fins de solvabilité

D.1 Actifs

D.1.a Présentation du bilan

Le Bilan actif de la mutuelle en norme prudentielle, conformément aux états financiers Solvabilité 2, se présente de la manière suivante :

Bilan actif	2016
Écarts d'acquisitions	
Frais d'acquisition reportés	
Actifs incorporels	
Impôts différés actifs	
Excédent de régime de retraite	
Immobilisations corporelles pour usage propre	1 320 K€
Placements (autres que les actifs en représentation de contrats en UC ou indexés)	945 K€
Immobilier (autre que pour usage propre)	647 K€
Participations	50 K€
Actions	
Actions cotées	
Actions non cotées	
Obligations	249 K€
Obligations d'Etat	249 K€
Obligations de sociétés	
Obligations structurées	
Titres garantis	
Fonds d'investissement	
Produits dérivés	
Dépôts autres que ceux assimilables à de la trésorerie	
Autres placements	
Placements en représentation de contrats en UC ou indexés	
Prêts et prêts hypothécaires	
Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	
Autres prêts et prêts hypothécaires	
Avances sur polices	
Provisions techniques cédées	
Non vie et santé similaire à la non-vie	
Non vie hors santé	
Santé similaire à la non vie	
Vie et santé similaire à la vie, hors UC ou indexés	
Santé similaire à la vie	
Vie hors santé, UC ou indexés	
UC ou indexés	
Dépôts auprès des cédantes	
Créances nées d'opérations d'assurance	
Créances nées d'opérations de réassurance	
Autres créances (hors assurance)	153 K€
Actions auto-détenues	
Instruments de fonds propres appelés et non payés	
Trésorerie et équivalent trésorerie	7 961 K€
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	160 K€
Total de l'actif	10 539 K€

D.1.b Base générale de comptabilisation des actifs

La base générale de comptabilisation de l'actif, est conforme à la réglementation Solvabilité 2 et est principalement fondée sur la valeur d'expert notamment pour l'immobilier.

La mutuelle n'a pas identifié de source majeure d'incertitude liée à la valorisation des actifs.

D.1.c Immobilisations incorporelles significatives

La mutuelle ne détient aucune immobilisation incorporelle significative.

D.1.d Baux financiers et baux d'exploitation

La mutuelle est propriétaire de locaux mis en location à un centre dentaire.

D.1.e Impôts différés actifs

Non applicable pour la mutuelle mclr.

D.1.f Entreprises liées

Non applicable pour la mutuelle mclr.

D.2 Provisions techniques

D.2.a Montant des provisions techniques et méthodologie

Ligne d'activité	Provisions de primes brutes	Provisions de sinistres brutes	Marge de risque	Provisions techniques Brutes	Provisions techniques cédées
Frais de santé	82 K€	607 K€	40 K€	565 K€	0 K€
Total	82 K€	607 K€	40 K€	565 K€	0 K€

Les provisions techniques sont calculées sur la base des données issues de l'outil de gestion et du logiciel comptable.

Les principales hypothèses retenues pour le calcul du BE prestations sont les suivantes :

- La méthode de provisionnement Chain Ladder est appliquée sur le triangle de prestations à pas mensuel, sur un historique de 3 ans, en brut de réassurance.
- Elle est basée sur la moyenne pondérée des coefficients de passage et permet d'obtenir une estimation des flux des prestations futures. Aucun retraitement de coefficient n'a été effectué.
- Aucune actualisation de ces flux futurs ainsi obtenus n'est effectuée car les paiements sur les sinistres déjà survenus sont très courts ; l'impact d'une actualisation des flux est ainsi considéré comme non matériel au vu du niveau actuel des taux.
- Seul le taux de frais de gestion de sinistres est appliqué à la somme des flux futurs estimés par la méthode Chain Ladder et permet d'obtenir ainsi le Best Estimate de prestations en brut de réassurance.
- La mclr n'ayant pas recours à des prestations de réassurance le BE net de réassurance est égal au BE brut obtenu en appliquant les hypothèses décrites ci-dessus.

D.2.b Incertitude liée à la valeur des provisions techniques

Dans le cadre de l'évaluation précédente, les incertitudes liées au calcul des provisions techniques sont les suivantes :

- Sur l'évaluation des provisions de sinistre :
- Sur l'évaluation des provisions de prime :

- Incertitude liée à la sinistralité future.
- Incertitude liée aux frais futurs.

D.3 Autres passifs

D.3.a Montant des autres passifs et méthodologie

Les autres passifs de la mutuelle, se présentent de la manière suivante :

Autres passifs	2016
Dettes pour dépôts espèces des réassureurs	
Impôts différés passifs	62 K€
Produits dérivés	
Dettes envers les établissements de crédit	
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit	
Dettes nées d'opérations d'assurance	
Dettes nées d'opérations de réassurance	
Autres dettes (non liées aux opérations d'assurance)	885 K€
Dettes subordonnées	
Dettes subordonnées exclues des fonds propres de base	
Dettes subordonnées incluses dans les fonds propres de base	
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	

Les autres passifs de la mutuelle ont été comptabilisés à la valeur comptable considérée comme la meilleure approximation de la valeur de marché.

Par ailleurs, la mutuelle n'a pas procédé au cours de l'exercice à une modification des bases de comptabilisation et de valorisation, elle n'a pas non plus identifié de source majeure d'incertitude liée à la valorisation de ces autres passifs.

D.3.b Accords de location

Non applicable pour la mutuelle mclr.

D.3.c Impôts différés Passif

Au titre de l'exercice 2016, le montant des impôts différés de la mutuelle mclr s'élève à 62K€ lié à la différence de valorisation des placements et à la différence de valorisation des provisions techniques.

D.4 Méthodes de valorisations alternatives

La mutuelle n'utilise aucune méthode de valorisation alternative autre que celles prévues par la réglementation et présentées ci-dessus.

D.5 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter la valorisation des actifs et passifs présentée plus haut n'est à mentionner.

E. Gestion du capital

E.1 Fonds propres

E.1.a Structure des fonds propres

La gestion des fonds propres de la mutuelle est revue chaque année par le conseil d'administration qui valide la couverture de marge de la mutuelle ainsi que les projections issues du processus ORSA utilisant un horizon de 5 ans. Etant donné la nature de l'organisme, la politique de gestion des fonds propres est simplifiée

La structure des fonds propres se présente de la manière suivante :

Structure des fonds propres	Fonds propres N (en k€)	Fonds propres N-1 (en k€)	Niveau 1 - non restreint (en k€)	Niveau 1 - restreint (en k€)	Niveau 2 (en k€)	Niveau 3 (en k€)
Fonds propres de base						
Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalent pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel	7 865	6 315	7 865			
Réserve de réconciliation	1 102	905	1 102			
Total fonds propres de base après déductions	8 967	7 220	8 967			

E.1.b Fonds Propres éligibles et disponibles

Structure des fonds propres	Fonds propres N (en k€)	Fonds propres N-1 (en k€)	Niveau 1 - non restreint (en k€)	Niveau 1 - restreint (en k€)	Niveau 2 (en k€)	Niveau 3 (en k€)
Fonds propres éligibles et disponibles						
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	8 968	7 220	8 968			
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis	8 968	7 220	8 968			
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	8 968	7 220	8 968			
Capital de solvabilité requis	2 207					
Minimum de capital requis	2 500					
Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis	4,1					
Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis	3,6					

Ainsi les ratios de couverture de la mutuelle sont les suivants :

- Ratio de couverture du SCR : 410 %
- Ratio de couverture du MCR : 360 %

Ces deux ratios sont très satisfaisants au regard de la législation qui demande aux organismes une couverture au-delà de 100%.

E.2 Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

E.2.a Capital de solvabilité requis

Le capital de solvabilité requis (SCR) de la mutuelle est calculé selon la formule standard et aucune simplification ou paramètre propre à la mutuelle n'a été utilisé pour les besoins du calcul du SCR. Il se décompose de la manière suivante :

Décomposition du SCR	2016
BSCR	2 023 K€
SCR de marché	536 K€
SCR de défaut	551 K€
SCR vie	0 K€
SCR santé	1 580 K€
SCR non vie	0 K€
SCR incorporels	0 K€
<i>Effet de diversification</i>	644 K€
Ajustement	62K€
SCR opérationnel	245 K€
SCR global	2 207 K€

E.2.b Minimum de capital de requis

Le minimum de capital requis (MCR) de la mutuelle est calculé selon la formule standard et se décompose de la manière suivante :

Décomposition du MCR	2016
MCR Vie	0 K€
MCR Non-Vie	409 K€
AMCR	2 500 K€
MCR Linéaire	409 K€
MCR combiné	552 K€
MCR global	2 500 K€

E.3 Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis

La mutuelle n'utilise pas le sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée prévue à l'article 304 de la directive. Ainsi, aucune autre information relative à ce point n'est à reporter dans le présent rapport.

E.4 Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé

La mutuelle utilise uniquement la formule standard pour ses besoins de calcul du capital de solvabilité requis (SCR). Aucun calcul du capital de solvabilité requis (SCR) n'est réalisé via un modèle interne, même partiellement. Ainsi, aucune différence ou écart méthodologique ou autre n'est à reporter dans le présent rapport.

E.5 Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis

Aucun manquement en capital relatif au capital minimum requis (MCR) ou au capital de solvabilité requis (SCR) n'a été identifié sur la période de référence et n'est à reporter dans le présent rapport.

E.6 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter la structure ou les modalités de gestion des fonds propres n'est à mentionner.