



LIVRET DE L'ADHÉRENT EPC

À effet au 1^{er} janvier 2025



CONTENU DU LIVRET DE L'ADHÉRENT

1^{er} Janvier 2025

Pour nous contacter et vous informer	p. 3
Optimiser vos remboursements de soins.....	p. 4
Comment accéder au Tiers Payant partout en France	p. 5
Statuts d'UNMI'Mut	p. 6
Règlement intérieur d'UNMI'Mut	p. 22
Règlement mutualiste santé 2025	p. 29
Annexe 1 : Cotisations 2025	p. 53
Annexe 2 : Tableaux de garanties N/B et Couleur 2025	p. 54
Exemples de remboursements	p. 62

Pour nous contacter

PAR TÉLÉPHONE, PARTOUT EN FRANCE :

Du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00

Tél. : 09 72 72 72 11

POUR VOS ENVOIS

- DE JUSTIFICATIFS DE REMBOURSEMENT,
- DE DEVIS ET DEMANDES DE PRISE EN CHARGE
- ET VOS QUESTIONS :

Par courriel : **contact@mutuelle-epc.com**

ou sur votre **CEL (Compte En Ligne)** pour une réponse rapide

Par courrier, au service administratif :

TG ASSUR / EPC

28 Bis rue de Courcelles - 51100 REIMS

Par Internet, consultez le site :

www.mutuelle-epc.com

Médiateurs de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

Vous pouvez saisir les médiateurs de la FNMF (article 25 du Règlement mutualiste).

Les demandes sont à adresser soit :

- Par courrier à l'attention de :
Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française
FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS CEDEX 15
- Via l'adresse mail : mediation@mutualite.fr
- Directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur :
<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Les renseignements contenus dans ce livret n'ont qu'une valeur indicative et ne sauraient être tenus pour un engagement formel de la part d'UNMI'Mut




Découvrez comment optimiser simplement vos remboursements de soins !

En fonction de l'acte de soin et de la situation, les démarches pour obtenir vos remboursements peuvent varier. En effet, la télétransmission est un moyen de faciliter la prise en charge de vos frais de santé, mais il arrive parfois que des documents complémentaires soient nécessaires.

→ Plus d'explications ci-après au travers de 3 cas pratiques :

Remboursement : quelles sont les démarches à réaliser ?



 Vous	 La télétransmission est active	 La télétransmission n'est pas active
Cas 1 : J'ai payé l'intégralité des soins	Je n'ai pas de démarche à faire. Le professionnel de santé a télétransmis les informations à mon régime obligatoire qui à son tour en informera ma mutuelle.	Je dois transmettre mon décompte de Sécurité sociale à ma mutuelle, via l'espace Assurés, email ou courrier.
Cas 2 : J'ai payé le ticket modérateur et/ou les dépassements d'honoraires	Pour les soins courants (consultation d'un généraliste, consultation d'un spécialiste, soins de kiné, radiologie, échographie), je n'ai pas de démarche à faire. Pour tous les autres soins, je dois transmettre la facture acquittée à ma mutuelle, via l'espace Assurés, email ou courrier.	Je dois transmettre mon décompte de Sécurité sociale et la facture acquittée à ma mutuelle, via l'espace Assurés, email ou courrier.
Cas 3 : Mes soins ne sont pas en charge par le régime obligatoire (médecine douce, implantologie,...)	Dans tous les cas, je dois transmettre la facture acquittée à ma mutuelle, via l'espace Assurés, email ou courrier	

La télétransmission, un outil pour limiter vos avances de frais

La télétransmission, dans le cadre d'un contrat de santé, est un système automatisé d'échange de données entre les acteurs de la santé (professionnels, Assurance Maladie, mutuelles) pour faciliter les remboursements.

- 1 **Lors d'une consultation médicale**, les infos sont envoyées à l'Assurance Maladie via la carte Vitale.
- 2 **L'Assurance Maladie** rembourse sa part et transmet les informations à la mutuelle UNMI'Mut.
- 3 **UNMI'Mut** procède au remboursement complémentaire si applicable, sans que vous ayez besoin de faire des démarches supplémentaires.

Cela simplifie et accélère les remboursements, sans gestion de documents papier.



Comment vérifier si la télétransmission est active ?



Vérification sur le compte Ameli : Vous pouvez vérifier si UNMI'Mut est reliée à la télétransmission en suivant ces étapes :

- Connectez-vous à votre compte Ameli,
- Allez dans « Mes informations » ou « Mes paiements »,
- Vérifiez la section « Organismes complémentaires ».

Si la mutuelle n'apparaît pas ou si les remboursements ne sont pas automatiques, la télétransmission n'est probablement pas active, et il faut nous contacter pour régulariser.

Accédez au Tiers Payant partout en France avec SP Santé et UNMI'Mut



Afin de toujours mieux vous accompagner et limiter le poids financier au quotidien de vos dépenses de santé, UNMI'Mut a choisi de travailler avec SP santé, un acteur référent du tiers payant.

Quels sont les avantages de SP santé ?

Grâce à au fruit de plus de 25 ans de relations privilégiées avec les professionnels de santé, SP santé nous permet de vous simplifier l'accès aux prestations de santé courantes au travers notamment de :

- **La dispense partielle ou totale de l'avance de frais :**
Avec le service **SP santé**, UNMI'Mut paye directement les frais de santé couverts par votre contrat au professionnel de santé partenaire que vous avez consulté. C'est ce qu'on appelle le tiers payant.
- **200 000 professionnels de santé partenaires**
Avec ce large réseau de partenaires présents partout en France, vous avez un accès simplifié au tiers payant pour les prestations de santé courantes.



→ Le tiers payant est un dispositif permettant de vous dispenser de faire l'avance de frais auprès des professionnels de santé, grâce à un règlement mis en œuvre directement entre le professionnel et UNMI'Mut.

En fonction des prestations prévues dans votre contrat EPC et du professionnel de santé consulté, vous pouvez bénéficier d'une dispense d'avance des frais pour vos dépenses de santé et vous acquitter uniquement de l'éventuel reste à charge.

Comment bénéficier du Tiers payant ?



● Pour bénéficier du tiers payant, vous et vos ayants droit devez en faire la demande auprès du professionnel ou de l'établissement de santé partenaire de SP santé en lui présentant les justificatifs d'ouverture de droits :



→ carte Vitale,

→ carte de tiers payant EPC en cours de validité.

● Si vous consultez un professionnel de santé qui ne pratique pas le tiers payant avec SP santé, proposez-lui de devenir un nouveau partenaire SP santé en se rendant sur le site www.spsante.fr

Bon à savoir ?

● Votre **carte de tiers payant EPC** atteste des droits de l'ensemble des bénéficiaires de votre famille auprès des professionnels de santé. **Un version papier vous est envoyée par courrier.**

Vous pouvez également la retrouver dans votre compte en ligne en version téléchargeable, pratique en cas de perte, d'oubli ou simplement pour la partager avec vos bénéficiaires.

STATUTS D'UNMI'Mut

Approuvés par l'Assemblée
générale du 18 juin 2024

Certifiés conformes à
l'original le 18 juin 2024



SOMMAIRE

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	5	SECTION 3 - DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 8	
CHAPITRE I - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLES		Article 18 - Compétences de l'assemblée générale	8
Article 1 - Dénomination	5	Article 19 - Délégation de pouvoirs de l'assemblée générale	9
Article 2 - Siège de la Mutuelle	5	Article 20 - Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale	9
Article 3 - Objet de la Mutuelle	5	CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION	9
Article 4 - Relations entre la Mutuelle et ses membres	5	SECTION 1 - ORGANISATION	9
Article 5 - Règlement intérieur	6	Article 21 - Composition	9
CHAPITRE II - CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION	6	Article 22 - Cumul de mandats	9
SECTION 1 - ADHÉSION	6	Article 23 - Candidatures	9
Article 6 - Catégories de membres	6	Article 24 - Condition d'éligibilité - Limite d'âge	10
Article 7 - Modalités d'adhésion à la Mutuelle	6	Article 25 - Modalités de l'élection	10
SECTION 2 - RÉSILIATION - RADIATION - EXCLUSION 6		Article 26 - Durée du mandat	10
Article 8 - Résiliation	6	26.1 - Démission d'office	10
Article 9 - Radiation	7	26.2 - Révocation	10
Article 10 - Exclusion	7	Article 27 - Renouvellement	10
Article 11 - Conséquences de la radiation, de la démission ou de l'exclusion	7	Article 28 - Vacance en cours de mandat	10
TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	7	Article 29 - Représentants des salariés au conseil d'administration	10
CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	7	SECTION 2 - FONCTIONNEMENT	10
SECTION 1 - DÉSIGNATION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	7	Article 30 - Réunions	10
Article 12 - Composition de l'assemblée générale	7	Article 31 - Délibérations	11
Article 13 - Sections de vote	7	Article 32 - Attributions	11
13.1 - Section de vote opérations individuelles	7	Article 33 - Délégations	11
13.2 - Section de vote opérations collectives	7	Article 34 - Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais	11
Article 14 - Élections des délégués	7	Article 35 - Interdictions	11
SECTION 2 - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 7		Article 36 - Conventions réglementées soumises à autorisation	12
Article 15 - Convocation	7	Article 37 - Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information	12
Article 16 - Ordre du jour	7	Article 38 - Conventions interdites	12
Article 17 - Quorum et modalités de vote de l'assemblée générale	8	Article 39 - Obligations de l'administrateur	12
17.1 - Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité qualifiée pour être adoptées	8	Article 40 - Responsabilités	12
17.2 - Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées	8	CHAPITRE III - PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET BUREAU	12
17.3 - Modalités de vote	8	Article 41 - Direction effective	12
		SECTION 1 - PRÉSIDENT	12
		Article 42 - élection et révocation du président	12
		Article 43 - Vacance en cours de mandat	13

Article 44 - Attributions du président	13
SECTION 2 - DIRECTEUR GÉNÉRAL, DIRIGEANT OPÉRATIONNEL	13
Article 45 - Nomination - attributions	13
SECTION 3 - BUREAU	13
Article 46 - Composition	13
Article 47 - Fonctions du bureau et de ses membres	14
47.1 - Fonctions du bureau	14
47.2 - Fonctions du vice-président	14
47.3 - Fonctions du secrétaire général	14
47.4 - Fonctions du trésorier	14
Article 48 - Réunions et délibérations du bureau	14
CHAPITRE IV - COMITÉ D'AUDIT	14
Article 49 - Composition	14
Article 50 - Missions	14
Article 51 - Fonctionnement	14
CHAPITRE V - ORGANISATION FINANCIÈRE	15
SECTION 1 - PRODUITS ET CHARGES	15
Article 52 - Produits	15
Article 53 - Charges	15
SECTION 2 - AUTRES DISPOSITIONS	15
Article 54 - Fonds d'établissement	15
Article 55 - Système fédéral de garantie	15
Article 56 - Exercice comptable	15
Article 57 - Commissaire aux comptes	15
TITRE III - INFORMATION DES ADHERENTS	15
Article 58 - étendue de l'information	15
58.1 - Opérations individuelles	15
58.2 - Opérations collectives	15
TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES	15
Article 59 - Fonds d'action sociale	15
Article 60 - Dissolution et liquidation	15
Article 61 - Protection des données à caractère personnel	16

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 - Dénomination

Il est constitué une mutuelle dénommée UNMI'Mut qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif (Ci-après dénommée «la Mutuelle»).

Elle est soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 851 629 162.

Article 2 - Siège de la Mutuelle

Le siège de la Mutuelle est situé 70 boulevard de Courcelles 75017 Paris.

Il peut être transféré en tout autre endroit du même département ou d'un département limitrophe sur décision du conseil d'administration, sous réserve de ratification de cette décision par la plus proche assemblée générale, et en tout autre lieu par délibération de l'assemblée générale qui se prononce alors au quorum et à la majorité renforcés.

Article 3 - Objet de la Mutuelle

La Mutuelle a pour objet principal de fournir à ses membres participants et à leurs ayants droit des prestations relevant de l'une des trois branches 1-Accidents, 2-Maladie et 20-Vie-décès au moyen des cotisations versées par ses membres participants.

Elle prend en considération les enjeux sociaux et environnementaux dans ses activités.

À cet effet, la Mutuelle peut réaliser les opérations d'assurance suivantes dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives :

- couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;
- contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine.

La Mutuelle peut également :

- mettre en œuvre une action sociale dans la mesure où ses activités sont accessoires et accessibles uniquement à ses membres participants et à leurs ayants droit dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;
- passer toutes conventions nécessaires à l'amélioration des services aux adhérents ;
- contracter des engagements techniques en co-assurance avec des mutuelles ou unions régies par le code de la mutualité, des institutions de prévoyance ou unions régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et avec des entreprises d'assurance mentionnées à l'article L.310-2 du code des assurances tant en qualité d'apériteur que de co-assureur ;
- accepter ou céder en réassurance tout ou partie des risques pour lesquels elle est agréée avec tout organisme autorisé à pratiquer cette activité et quel que soit son statut juridique ;
- intervenir en qualité de garant en substitution de mutuelle ou union de mutuelles régies par le code de la mutualité dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du code de la mutualité ;

- souscrire auprès d'autres opérateurs titulaires d'un agrément d'assurance toutes garanties collectives d'assurance susceptibles de compléter les engagements techniques de la Mutuelle et de présenter lesdites garanties ;
- réaliser, tant en qualité de mandant que de mandataire, toutes opérations d'intermédiation visées aux articles L.116-1 à L.116-4 du code de la mutualité ;
- adhérer à toute association en vue de faire bénéficier ses adhérents Travailleurs Non-Salariés du dispositif instauré par la loi n° 94-126 du 11 février 1994 modifiée dite « loi Madelin » ;
- assurer, à titre accessoire, la prévention des risques de dommages corporels, mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales accessibles aux souscripteurs d'un contrat dans le respect des dispositions de l'article L.111-1 III du code de la mutualité ;
- offrir à ses membres participants et à leurs ayants droit l'accès à des réalisations sanitaires, sociales et culturelles, par la signature de conventions avec d'autres mutuelles ou unions régies par le livre III du code de la mutualité.

Et d'une manière plus générale, la Mutuelle a pour objet de :

- réaliser les opérations de gestion nécessaires à la mise en œuvre des différentes opérations mentionnées ci-dessus et de déléguer, par voie de convention, tout ou partie de certaines de ces opérations de gestion à tout groupement ou toute structure juridique ;
- prendre en charge la gestion technique et administrative d'autres personnes morales ;
- conclure tout accord de partenariat, de participer à toute union ou bien encore de constituer tout groupement de droit ou de fait avec d'autres organismes ;
- constituer ou de s'affilier à une Union Mutualiste de Groupe (UMG) ainsi qu'à une Union de Groupe Mutualiste (UGM). La Mutuelle pourra également s'affilier à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM), à un Groupement d'Assurance Mutuelle (GAM), un Groupement Assurantiel de Protection Sociale (GAPS), une Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale (SGAPS), conformément aux dispositions du code des assurances ;
- prendre une participation dans toute société civile ou commerciale par voie de création, d'apport, de souscription ou d'achat de droits sociaux dans le respect des dispositions du code de la mutualité ;
- constituer ou de devenir membre d'une association ou d'un groupement d'intérêt économique (GIE) ;
- réaliser toutes opérations techniques ou non techniques utiles ou connexes à l'un de ses objets.

Article 4 - Relations entre la Mutuelle et ses membres

La Mutuelle s'engage contractuellement envers ses membres participants, dans le respect des lois et règlements en vigueur et notamment du code de la mutualité et des dispositions applicables en mutualité de la loi modifiée dite Evin du 31 décembre 1989 :

- soit en conséquence d'une adhésion individuelle, pour les opérations relevant des dispositions du II de l'article L.221-2 du code de la mutualité ;

- soit en conséquence d'une adhésion facultative à un contrat collectif, pour les opérations relevant des dispositions du 1° du III de l'article L.221-2 du code de la mutualité ;
- soit en conséquence d'une affiliation obligatoire à un contrat collectif souscrit par un employeur ou une personne morale, pour les opérations relevant des dispositions du 2° du III de l'article L.221-2 du code de la mutualité.

Les relations entre la Mutuelle et ses membres sont régies par :

- des règlements mutualistes, en application de l'article L.114-1 du code de la mutualité, adoptés par le conseil d'administration qui définissent le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations ;
- les contrats collectifs souscrits auprès de la Mutuelle par une personne morale pour le compte de ses salariés ou de ses membres. Les contrats collectifs et les notices d'information y afférentes déterminent les droits et obligations de la Mutuelle, des souscripteurs et des membres participants affiliés ou adhérents, les garanties et les conditions de leur mise en œuvre, les cotisations et les prestations prévues par ces contrats.

En application des dispositions du 1° de l'article R.343-1 du code des assurances, la Mutuelle constitue dans ses comptes des provisions techniques dont le niveau permet d'assurer le règlement intégral de la totalité de ses engagements techniques, dans le respect des dispositions du code des assurances traduisant les modalités de cette obligation.

Article 5 - Règlement intérieur

Les conditions d'application des présents statuts sont définies dans un règlement intérieur, adopté et modifié par le conseil d'administration. Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement. Celles-ci sont présentées pour ratification à la plus proche assemblée générale.

Le règlement intérieur est remis par tout moyen aux membres de la Mutuelle, notamment par la voie électronique. Tous les membres participants sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

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

SECTION 1 - ADHÉSION

Article 6 - Catégories de membres

La Mutuelle se compose de membres participants.

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les ayants droit sont les personnes rattachées à un membre participant de la Mutuelle, pour lesquelles le membre participant s'est acquitté d'une cotisation.

Les catégories d'ayants droit sont précisées dans le règlement mutualiste.

À leur demande expresse formulée auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal. Cette disposition s'applique quelle que soit la nature des prestations dont bénéficie le mineur de plus de 16 ans.

Article 7 - Modalités d'adhésion à la Mutuelle

Acquièrent sans formalisme individuel particulier et de plein droit les qualités de membre participant et d'ayant droit de la Mutuelle les personnes inscrites en ces qualités à l'effectif de l'UNMI à la date de publication au Journal officiel des arrêtés du ministre chargé de la mutualité approuvant le transfert à la Mutuelle des portefeuilles d'engagements de l'UNMI.

Adhérent à la Mutuelle, à titre individuel, en qualité de membres participants, les personnes physiques qui remplissent les conditions définies à l'article 6, à l'exception des ayants droit, qui font acte d'adhésion constaté par la signature d'un bulletin d'adhésion et confirmé par le premier versement de cotisation. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le ou les règlements mutualistes.

Adhérent à la Mutuelle, dans le cadre de contrats collectifs facultatifs, en qualité de membres participants, les personnes qui font acte d'adhésion constaté par la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, et du règlement intérieur et des droits et obligations définis dans le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Adhérent à la Mutuelle, dans le cadre de contrats collectifs obligatoires, en qualité de membres participants, les personnes qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'affiliation. La signature du bulletin d'affiliation à la Mutuelle emporte acceptation des stipulations des présents statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle, des droits et obligations définis dans la notice d'information ainsi que du contrat conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

SECTION 2 - RÉSILIATION - RADIATION - EXCLUSION

Article 8 - Résiliation

Le membre participant pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives facultatives, la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives obligatoires peuvent mettre fin à l'adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans dans les conditions mentionnées par la loi, dans le ou les règlements mutualistes ou au contrat.

La Mutuelle peut résilier des contrats individuels ou collectifs pour défaut de paiement des cotisations dans les conditions définies par le code de la mutualité.

Article 9 - Radiation

Sont radiés les membres participants qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts et le règlement intérieur subordonnent l'adhésion.

Sont radiés les membres participants dont les garanties ont cessé pour quelque cause que ce soit et notamment en cas de résiliation, de non-renouvellement ou d'annulation des garanties prévues au(x) règlement(s) mutualiste(s) et/ou au(x) contrat(s) collectif(s), et ce, conformément à l'application des textes en vigueur.

Cela concerne notamment les cas de défaut de paiement des cotisations (opérations individuelles et collectives), les procédures collectives, la résiliation à l'échéance, la résiliation infra-annuelle, la fausse déclaration intentionnelle et non intentionnelle ou encore les cas de résiliation en cas de changement de situation visés par le Code de la mutualité.

L'ancien membre participant, radié, remplissant à nouveau les conditions d'admission et souhaitant à nouveau adhérer à la Mutuelle est considéré en tous points comme un nouveau membre participant.

Article 10 - Exclusion

Peuvent être exclus les membres participants qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice matériel ou moral ainsi que ceux ayant commis ou tenté de commettre un acte frauduleux (dont la fausse déclaration intentionnelle) en vue de bénéficier des prestations de la Mutuelle.

L'exclusion est prononcée par le Conseil d'administration, ou par le Dirigeant opérationnel, puis notifiée au membre. Elle prend effet à la date de notification. Le membre exclu peut demander à être reçu par le Conseil d'administration pour contester devant ce dernier la décision prise.

Toute nouvelle adhésion, faisant suite à une exclusion, du membre participant, tant en qualité d'adhérent que d'ayant droit, est soumise à l'acceptation du conseil d'administration.

Article 11 - Conséquences de la radiation, de la démission ou de l'exclusion

La démission, la radiation, la résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées au titre de la période d'effet des garanties.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation, de résiliation ou de l'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies et sans préjudice des stipulations des règlements, des contrats collectifs ainsi que des dispositions légales en faveur des membres participants et des autres bénéficiaires des prestations de la Mutuelle.

La démission, la radiation et l'exclusion entraînent la perte de la qualité de membre participant.

La démission, la radiation et l'exclusion ne font pas obstacle au recouvrement des sommes éventuellement dues par le membre participant.

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE**CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE****SECTION 1 - DÉSIGNATION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE****Article 12 - Composition de l'assemblée générale**

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote élus par les membres participants de la Mutuelle.

Article 13 - Sections de vote

Tous les membres participants de la Mutuelle sont répartis en sections de vote. Les sections de vote sont au nombre de deux :

- une section de vote représentant les membres participants au titre des opérations individuelles. Cette section de vote recouvre tous les membres participants ayant adhéré à un ou plusieurs règlement(s) mutualiste(s) de la Mutuelle ;
- une section de vote représentant les membres participants au titre des opérations collectives facultatives ou obligatoires. Cette section de vote recouvre tous les membres participants affiliés à un contrat collectif obligatoire ou ayant adhéré à un contrat collectif facultatif, assuré par la Mutuelle.

Chaque délégué élu par la section dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

13.1 - Section de vote opérations individuelles

Le nombre de délégués est déterminé en appliquant le ratio de 1 délégué par tranche entamée de 1000 membres participants pour les opérations individuelles.

13.2 - Section de vote opérations collectives

Le nombre de délégués est déterminé en appliquant le ratio de 1 délégué par tranche entamée de 1500 membres participants pour les opérations facultatives ou obligatoires.

Article 14 - Élections des délégués

Les membres de chaque section de vote, élisent parmi eux un ou plusieurs délégués à l'assemblée générale, conformément aux dispositions des statuts et du règlement intérieur.

Les délégués sont élus pour six (6) ans renouvelables.

Les élections des délégués ont lieu par correspondance et/ou par internet.

La perte de la qualité de membre participant entraîne d'office et à la même date la perte de celle de délégué.

Les mineurs de plus de 16 ans, ayant la qualité de membre participant, exercent personnellement leur droit de vote.

Le règlement intérieur précise les dispositions complémentaires relatives aux élections et à la désignation des délégués.

SECTION 2 - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**Article 15 - Convocation**

L'assemblée générale est convoquée au moins une fois par an par le président du conseil d'administration, par lettre simple et/ou par voie électronique quinze jours avant la date de l'assemblée générale adressée à chaque délégué.

À défaut d'une telle convocation, le président du tribunal de grande instance statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer une assemblée générale ou de désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

Lorsqu'une assemblée générale n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée six jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. La convocation de cette seconde assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

Article 16 - Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée générale ainsi que le lieu de sa réunion sont arrêtés par l'auteur de la convocation.

Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale de projets de résolutions, dans les conditions de l'article L.114-8 du code de la mutualité, s'ils représentent 25 % des membres de l'assemblée générale.

L'assemblée générale ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour.

L'ordre du jour doit préciser les règles de quorum et de majorité applicables aux délibérations correspondantes.

Article 17 - Quorum et modalités de vote de l'assemblée générale

17.1 - Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité qualifiée pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur :

- la modification des statuts ;
- les activités exercées ;
- le cas échéant, le montant des droits d'adhésion ;
- les montants ou taux de cotisation ;
- les prestations offertes ;
- le transfert de portefeuille ;
- les principes directeurs en matière de réassurance et le choix d'un réassureur non régi par le code de la mutualité ;
- la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union.

L'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents, représentés ou, le cas échéant, ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L.114-13 du code de la mutualité est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés. Une feuille de présence est tenue et il est dressé un compte rendu de toute assemblée générale.

Les votes ont lieu à main levée sauf autre disposition contraire ou demande exprimée par un tiers au moins des délégués présents. Nul délégué ne pourra être titulaire de plus de deux délégations de vote de la part d'un autre délégué s'ajoutant à sa voix.

17.2 - Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées

L'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de voix des membres à jour de leur cotisation dont disposent les délégués présents ou représentés est, au moins, égal au quart du total des voix des membres de la Mutuelle.

Si le quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée générale est convoquée huit jours francs au moins à l'avance. Elle délibère valablement lors de cette deuxième assemblée générale quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés.

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au paragraphe 17.1, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents et représentés est au moins égal au 1/4 du nombre total des délégués.

À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents et représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés. Une feuille de présence sera tenue et il sera dressé un compte rendu de toute assemblée générale.

Les votes ont lieu à main levée sauf autre disposition contraire ou demande exprimée par un tiers au moins des délégués présents. Nul délégué ne pourra être titulaire de plus de deux délégations de vote de la part d'un autre délégué s'ajoutant à sa voix.

17.3 - Modalités de vote

Chaque délégué dispose d'une voix.

En cas d'impossibilité d'assister à l'assemblée générale, le délégué peut se faire représenter par un autre délégué, sans toutefois que le nombre de voix exprimées par un même délégué puisse excéder trois, y compris la sienne.

Un formulaire de vote par procuration est joint à la convocation. Le délégué empêché devra compléter et signer le formulaire et le faire signer par son mandataire. Le formulaire devra être transmis à la Mutuelle au moins cinq jours avant la date de tenue de l'assemblée générale réunie sur première convocation ou au moins deux jours avant sur seconde convocation.

SECTION 3 - DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

Article 18 - Compétences de l'assemblée générale

L'assemblée générale statue sur les questions et projets de résolution inscrits à l'ordre du jour.

Elle procède, par vote à bulletin secret, à l'élection des membres du conseil d'administration et à leur révocation.

L'assemblée générale a compétence exclusive pour statuer sur :

- les modifications des statuts ;
- les activités exercées ;
- l'existence et le montant des droits d'adhésion dans les

- conditions de l'article L.114-9 du code de la mutualité ;
- le montant du fonds d'établissement ;
 - les montants ou les taux de cotisations et de prestations dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité. Conformément à l'article L.114-11 du code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an ;
 - l'adhésion à une union, à une union mutualiste de groupe ou une union de groupe mutualiste ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union, d'une union mutualiste de groupe ou d'une union de groupe mutualiste 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, d'une mutuelle dédiée ou d'une union ou encore d'une union de groupe mutualiste ou d'une union mutualiste de groupe, conformément respectivement aux articles L.111-3, L.111-4 et L.111-4-1 et L.111-4-2 du code de la mutualité ;
 - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
 - l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du code de la mutualité ;
 - le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire ;
 - le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
 - les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
 - le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité ;
 - le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code ;
 - le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du code de la mutualité ;
 - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2 du code de la mutualité ;
 - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité ;
 - toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;
 - la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
 - la nomination du commissaires aux comptes ;
 - les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la

mutualité.

Article 19 - Délégation de pouvoirs de l'assemblée générale

Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable qu'un an.

Article 20 - Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité aux dispositions du code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès leur notification aux membres participants dans les conditions prévues dans les règlements mutualistes ou les contrats collectifs.

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 - ORGANISATION

Article 21 - Composition

En application de l'article L.114-16 alinéa 1 et alinéa 5 du Code de la mutualité, la Mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé au minimum de dix administrateurs et au maximum de quinze administrateurs élus parmi les membres participants.

Le conseil d'administration est composé :

- pour les deux tiers au moins d'administrateurs ayant la qualité de membres participants ;
- pour moitié d'administrateurs ayant également la qualité de membre du conseil d'administration de l'UNMI.

Si le nombre d'administrateurs est impairs, alors le conseil d'administration devra être composé à la majorité par des membres siégeant au conseil d'administration de l'UNMI.

Les membres du conseil d'administration doivent disposer de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience requises, conformément aux dispositions de l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Le conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes.

Article 22 - Cumul de mandats

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

Le président du conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur, dont au plus deux mandats de président de conseil d'administration d'une fédération ou d'une union ou d'une mutuelle. Dans le décompte des mandats de président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité.

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

Dans le décompte des mandats, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les fédérations définies à l'article L.111-5 du code de la mutualité et les unions qui ne relèvent ni du livre II ni du livre III du même code, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

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

Article 23 - Candidatures

Les candidatures doivent être adressées au siège de la Mutuelle trente (30) jours francs au moins avant la date de l'assemblée générale.

Les candidatures peuvent être soit adressées par lettre recommandée avec avis de réception (le cachet de la poste faisant foi), soit déposées contre accusé de réception délivré par le siège de la Mutuelle (la date de dépôt faisant foi).

Les candidatures peuvent également être présentées en plus ou en substitution des candidatures au moyen d'un écrit papier via un site ou une page d'un site conforme aux exigences de la délibération 2010-371 du 20 octobre 2010 de la CNIL et sous le contrôle d'un organisme indépendant qui doit certifier la conformité des sites. Elles doivent être complétées avant l'assemblée générale d'une déclaration sur l'honneur émanant du candidat et précisant le nombre, la nature et la durée des autres mandats d'administrateurs qu'il détient au sein d'autres organismes mutualistes.

Article 24 - Condition d'éligibilité - Limite d'âge

Est éligible au conseil d'administration, tout membre de la Mutuelle, à la condition :

- d'être à jour de ses cotisations ou d'être agréé par le conseil d'administration ;
- d'être âgé de dix-huit ans révolus ;
- de ne pas avoir été, au cours des trois années précédant l'élection, salarié de la Mutuelle ou de personnes morales avec lesquelles cette dernière constitue un groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité ;
- de n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations énumérées à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Aussi, avant son élection, le candidat à la fonction d'administrateur est tenu de déclarer l'ensemble de ses activités professionnelles et les fonctions électives qu'il entend conserver.

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.

Le dépassement de la part maximale que peut représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la

démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Article 25 - Modalités de l'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletins secrets par l'assemblée générale selon le mode de scrutin suivant : scrutin plurinominal à un tour, à la majorité relative des suffrages.

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

Article 26 - Durée du mandat

Les administrateurs sont élus pour une durée de 6 ans. Leur mandat prend fin à l'issue de l'assemblée générale qui se tient au cours de la sixième année suivant leur élection et qui statue sur les comptes de l'exercice écoulé.

26.1 - Démission d'office

Les administrateurs sont déclarés démissionnaires d'office par le conseil d'administration et cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées au dernier alinéa de l'article 24 ;
- à défaut d'avoir présenté leur démission, dans les conditions définies à l'article L.114-23 du code de la mutualité, lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la Mutuelle est le plus récent ;
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité ;
- en cas d'incapacité ou incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire.

26.2 - Révocation

Un administrateur peut être révoqué par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration en cas d'absence sans motif valable à 3 séances consécutives.

En cas de manquement aux missions d'administrateur, l'assemblée générale peut décider de révoquer un administrateur sur proposition motivée du conseil d'administration.

Article 27 - Renouvellement

Le renouvellement du conseil d'administration a lieu par moitié tous les 3 ans, en fonction des échéances des mandats des administrateurs.

Les administrateurs sortants sont rééligibles.

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

Article 28 - Vacance en cours de mandat

Le poste devenu vacant en cours de mandat (par décès, démission, cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier, ou toute autre motif) et remettant en cause le nombre minimum légal d'administrateurs, peut être pourvu provisoirement, par cooptation, par le conseil d'administration, sous réserve

de ratification par la prochaine assemblée générale.

Si la nomination faite par le conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs deviendrait inférieur au minimum légal, fixé à 10, du fait d'une ou plusieurs vacances pour l'un des faits évoqués ci-dessus, une assemblée générale serait convoquée par le président afin d'élire de nouveaux administrateurs.

Article 29 – Représentants des salariés au conseil d'administration

Dans le cadre de la représentation des salariés prévue par l'article L.114-16-2 du code de la mutualité, lorsque la Mutuelle emploie au moins cinquante salariés, deux représentants des salariés assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration. Les représentants des salariés sont élus par un collège composé des membres du comité d'entreprise et des délégués du personnel.

SECTION 2 – FONCTIONNEMENT

Article 30 – Réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins quatre fois par an.

Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée par voie électronique aux membres du conseil d'administration, au dirigeant opérationnel et aux représentants des salariés, cinq jours au moins avant la date de réunion.

Le président établit l'ordre du jour et le joint à la convocation.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart au moins des membres du conseil d'administration.

Conformément à l'article L.114-20 du code de la mutualité, les personnes appelées à assister aux réunions sont tenues à l'obligation de confidentialité des informations données.

Les réunions peuvent avoir lieu par visio-conférence au moyen d'un équipement adapté, sécurisé et qui garantisse le cas échéant l'anonymat des votes exprimés au moyen d'un logiciel de vote électronique conforme aux exigences de la délibération 2010-371 du 20 octobre 2010 de la CNIL et sous le contrôle d'un organisme indépendant qui doit certifier la conformité des sites.

Article 31 – Délibérations

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

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

Article 32 – Attributions

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

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

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.

À la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit, conformément à l'article L.114-17 du code de la mutualité, un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale.

Le conseil d'administration :

- produit et valide l'ORSA (évaluation interne des risques et de la solvabilité), valide le RSR (rapport régulier au superviseur) ;
- valide le SFCR (rapport sur la solvabilité et la situation financière) ;
- valide le rapport sur la lutte contre le blanchiment et financement du terrorisme ;
- valide le rapport sur les procédures d'élaboration de l'information comptable et financière, valide tout rapport ad-hoc sur sollicitation de l'ACPR.

Il établit chaque année un rapport qui rend compte des opérations d'intermédiation et qu'il présente à l'assemblée générale.

Il approuve les politiques écrites de la Mutuelle et veille à ce que ces politiques soient mises en œuvre.

Conformément l'article L.114-9 du code de la mutualité, le conseil d'administration adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration ou le cas échéant au dirigeant opérationnel.

Le conseil d'administration approuve le règlement intérieur.

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

Article 33 – Délégations

Le conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs nommément désignés.

Le conseil d'administration fixe également les conditions dans lesquelles il délègue au dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci. Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

Article 34 – Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à des administrateurs, rembourser les frais, dans les conditions prévues aux articles L.114-26 et L.114-27 du code de la mutualité.

L'assemblée générale peut décider d'allouer annuellement une indemnité au président ou/et à ceux des administrateurs qui, à raison des attributions permanentes qui leur sont confiées, supportent des sujétions particulièrement importantes.

Article 35 - Interdictions

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

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur. Les membres du conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

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

Article 36 - Conventions réglementées soumises à autorisation

Toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration.

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

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité.

La décision du conseil d'administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du conseil d'administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

Article 37 - Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les dispositions de l'article 36 ne sont pas applicables aux conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales définies par décret.

Toutefois ces conventions sont communiquées par les intéressés au président du conseil d'administration.

La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le président aux membres du conseil d'administration et au commissaire aux comptes. Ces éléments sont présentés par l'assemblée générale dans les conditions fixées par décret pris en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité.

Article 38 - Conventions interdites

Conformément à l'article L.114-37 du code de la mutualité, il est interdit aux administrateurs de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque l'administrateur peut en bénéficier aux mêmes conditions que celles offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs ainsi qu'à toute personne interposée.

Article 39 - Obligations de l'administrateur

Les administrateurs sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

L'administrateur intéressé est tenu d'informer le conseil d'administration de la Mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention à laquelle l'article 36 est applicable.

Il ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

L'administrateur informe la Mutuelle de toute modification intervenant dans les mandats qu'il exerce au sein d'organismes mutualistes et ayant fait l'objet d'une déclaration lors de sa candidature.

Article 40 - Responsabilités

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

CHAPITRE III - PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET BUREAU

Article 41 - Direction effective

La direction effective de la Mutuelle est assurée par le président du conseil d'administration et par le directeur général, en qualité de dirigeant opérationnel conformément à l'article R.211-15 du code de la mutualité.

La direction effective élabore et conduit dans le cadre des orientations arrêtées par le conseil d'administration et sous le contrôle de celui-ci, la stratégie de développement de la Mutuelle en s'attachant à mettre en œuvre une gestion saine, prudente et efficace garantissant le respect et la pérennité de ses engagements vis-à-vis de ses assurés et de leurs ayants droit.

À cette fin, le conseil d'administration lui délègue, dans le respect des attributions propres de chacun de ses deux membres, les pouvoirs lui permettant d'agir en toutes circonstances dans l'intérêt de la Mutuelle et de ses membres.

Les dirigeants effectifs avisent le commissaire aux comptes de toutes les conventions autorisées.

SECTION 1 - PRÉSIDENT**Article 42 – Élection et révocation du président**

Le conseil d'administration élit parmi ses membres satisfaisant aux exigences d'honorabilité, de compétences et d'expérience requises par la législation pour exercer, conjointement, avec le directeur général, la direction effective de la Mutuelle, un président qui est élu en qualité de personne physique.

Le président est élu à la première réunion du conseil d'administration qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration pour 6 ans, durée qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur.

Il est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Sur décision d'opposition de l'ACPR dans les conditions définies à l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier, le mandat du président nouvellement élu ou réélu peut cesser.

Article 43 – Vacance en cours de mandat

En cas de décès, de démission, ou de perte de la qualité d'adhérent du président ou de cessation du mandat de président à la suite d'une décision d'opposition prise par l'ACPR en application de l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil d'administration est convoqué immédiatement à cet effet par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président.

Article 44 – Attributions du président

Outre ses attributions afférentes à la direction effective de la Mutuelle qu'il assure conjointement avec le directeur général, le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale.

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

Il propose au conseil d'administration qui en décide la nomination d'un candidat aux fonctions de directeur général ainsi que les éléments de son contrat de travail dont la signature lui incombe. De même, il lui appartient de proposer au conseil d'administration qui en décide, de mettre un terme aux fonctions du directeur général ; il lui incombe, alors, de conduire, le cas échéant, la procédure de rupture du contrat de travail de l'intéressé dans le respect de la législation du travail.

Il convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Il donne avis au commissaire aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile sous réserve des délégations consenties au directeur général.

Le président représente la Mutuelle dans ses rapports avec les tiers. La Mutuelle est engagée même par les actes du président qui ne relèvent pas de l'objet social, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que

l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances, étant exclu que la seule publication des statuts suffise à constituer cette preuve.

Les dispositions des statuts ou les dispositions du conseil d'administration limitant les pouvoirs du président sont inopposables au tiers.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier, au dirigeant opérationnel ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Sous réserve de l'obtention de l'accord préalable du conseil d'administration, chaque délégataire pourra à son tour déléguer les pouvoirs qu'il a ainsi reçus. En aucun cas, le président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement attribuées par la loi.

SECTION 2 – DIRECTEUR GÉNÉRAL, DIRIGEANT OPÉRATIONNEL**Article 45 – Nomination – attributions**

En sa qualité de dirigeant opérationnel, le directeur général est nommé et révoqué, sur proposition du président du conseil d'administration, par le conseil d'administration dans les conditions fixées à l'article 44.

Le directeur général est investi, lors de sa nomination et conformément aux dispositions de l'article L.211-14 du code de la mutualité, par le conseil d'administration des pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

Le directeur général a autorité sur les services de la Mutuelle dont il dirige et contrôle l'action en sanctionnant les éventuels manquements.

Le directeur général assiste en qualité de dirigeant opérationnel à toutes les réunions du conseil d'administration. Le directeur général propose au conseil d'administration la désignation des responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du code de la mutualité lesquels sont placés sous son autorité.

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

Le conseil d'administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés.

En cas de vacance définitive du dirigeant opérationnel pour cause de décès ou pour toute autre cause, un nouveau dirigeant opérationnel est nommé par le conseil d'administration dans les meilleurs délais.

SECTION 3 – BUREAU**Article 46 – Composition**

Le bureau est composé d'un maximum de 5 membres élus par le conseil d'administration en son sein, comprenant outre le président du conseil d'administration :

- un vice-président ;
- un secrétaire général ;
- un secrétaire général adjoint ;

- un trésorier ;
- un trésorier adjoint.

Les membres du bureau sont élus pour trois ans par le conseil d'administration, en son sein, au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration.

Les membres du bureau ne peuvent être nommés pour une durée excédant celle de leur mandat d'administrateur. Ils sont rééligibles.

Le règlement intérieur détermine les modalités des élections.

Article 47 - Fonctions du bureau et de ses membres

47.1 - Fonctions du bureau

Le bureau exerce les attributions qui lui sont déléguées par le conseil d'administration. Il étudie toute question et instruit tout dossier en vue de leur présentation éventuelle au conseil d'administration.

47.2 - Fonctions du vice-président

En cas d'indisponibilité temporaire du président, le vice-président, assume les fonctions du président prévues à l'article L.114-18 du code de la mutualité.

En particulier, lorsque le poste de président devient vacant, le vice-président convoque sans délai le conseil d'administration aux fins de procéder à une nouvelle élection.

47.3 - Fonctions du secrétaire général

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des procès-verbaux et de la conservation des archives. Le secrétaire général peut, sous sa responsabilité et son contrôle, et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à un (ou des) salarié(s) de la Mutuelle l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et lui (ou leur) déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Les délégations ainsi consenties sont nécessairement écrites.

En cas de vacance du secrétaire général, le secrétaire général adjoint assume les fonctions du secrétaire général.

47.4 - Fonctions du trésorier

Le trésorier est responsable des opérations financières et de placements de la Mutuelle ainsi que de la régularité des opérations de paiement des dépenses engagées et des opérations d'encaissement des recettes et produits dus à la Mutuelle. Il veille à la bonne tenue de la comptabilité tant générale que technique et à la régularité de la situation fiscale de la Mutuelle. Il assure le suivi de l'exécution du budget de la Mutuelle dont il prépare pour le compte du président le projet.

Il préside la commission financière de la Mutuelle. Il présente au conseil d'administration un rapport annuel sur la situation financière de la Mutuelle.

Il présente à l'assemblée générale le rapport de gestion et les comptes annuels ainsi que l'ensemble des documents, états et tableaux qui s'y rattachent, après leur adoption par le conseil d'administration.

En cas de vacance du trésorier, le trésorier adjoint assume les fonctions du trésorier.

Article 48 - Réunions et délibérations du bureau

Le bureau se réunit sur convocation du président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle. Il prépare les réunions du conseil d'administration.

Le président peut inviter des personnes extérieures au bureau à assister aux réunions.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

CHAPITRE IV - COMITÉ D'AUDIT

Article 49 - Composition

Le comité d'audit comprend au moins quatre membres. Sa composition est décidée par le conseil d'administration. Le président du conseil d'administration ne peut pas être membre du comité d'audit.

Article 50- Missions

Le comité d'audit est chargé, conformément aux dispositions des articles L.114-17-1 du code de la mutualité et L.823-19 du code du commerce :

- de suivre le processus d'élaboration de l'information financière ;
- de suivre le processus d'élaboration des comptes annuels de la Mutuelle, d'examiner les hypothèses retenues pour les arrêtés de compte et d'étudier la pertinence du choix des principes et méthodes comptables ;
- de s'assurer de la mise en place de la gestion des risques et d'un dispositif de contrôle interne et de son efficacité ;
- de surveiller l'exécution de la mission des commissaires aux comptes, leur mode de rémunération et leur indépendance. En outre, le comité d'audit participe au processus de désignation et de renouvellement du commissaire aux comptes ;
- de soumettre à l'approbation du conseil d'administration un rapport sur la définition et l'application des règles de contrôle interne contenant les indications visées à l'article R.211-28 du code de la mutualité.

Article 51 - Fonctionnement

Chaque réunion du comité d'audit fait l'objet d'une convocation spécifique de ses membres et d'un compte-rendu lors du conseil d'administration suivant.

Le président du comité d'audit a pour rôle d'animer les réunions, de coordonner les actions de ses membres et de rendre compte au conseil d'administration. Il peut inviter le directeur général, les directeurs en charge du contrôle interne et de l'audit, le commissaire aux comptes et, avec l'accord du président, des personnes extérieures.

Le président du comité d'audit est chargé de l'organisation matérielle des réunions, des convocations, de la communication aux membres du comité d'audit du calendrier prévisionnel des réunions, de la tenue du registre de présence et de l'établissement des comptes-rendus des réunions.

Les règles de confidentialité applicables aux administrateurs, s'imposent aux membres du comité d'audit ainsi qu'à toute personne extérieure invitée à participer aux réunions.

Une charte de fonctionnement du comité d'audit peut être établie par le conseil d'administration.

Les résultats des travaux du comité d'audit sont consignés dans un rapport écrit communiqué au président du conseil d'administration avant l'assemblée générale et présenté à celle-ci par le président du comité d'audit.

CHAPITRE V – ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 – PRODUITS ET CHARGES

Article 52 – Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- les cotisations des membres participants ;
- le cas échéant ; les droits d'adhésion ;
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- les dons ; legs et subventions ;
- plus généralement ; tout autre produit non interdit par la loi.

Article 53 – Charges

Les charges comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements à une Mutuelle dédiée ;
- les cotisations aux unions et fédérations ;
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination ;
- les versements au système fédéral de garantie ;
- la redevance prévue à l'article L.612-20 du code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour l'exercice de ses missions ;
- plus généralement ; toutes autres charges non interdites par la loi.

SECTION 2 – AUTRES DISPOSITIONS

Article 54 – Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 euros. Ce montant pourra être augmenté par décision de l'assemblée générale.

Article 55 – Système fédéral de garantie

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

Article 56 – Exercice comptable

L'exercice comptable de la Mutuelle commence le 1er janvier et finit le 31 décembre de chaque année.

Le premier exercice est clôturé le 31 décembre 2020.

Article 57 – Commissaire aux comptes

L'assemblée générale nomme pour une durée de 6 ans un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du code de commerce.

Par exception, le premier commissaire aux comptes titulaire et le premier commissaire aux comptes suppléant sont nommés pour un an.

Le président convoque le commissaire aux comptes titulaire à toute assemblée générale.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission dans les conditions fixées par le code de commerce et le code de la mutualité qui lui sont applicables.

TITRE III – INFORMATION DES ADHERENTS

Article 58 – Étendue de l'information

58.1 – Opérations individuelles

Dans le cadre des adhésions individuelles, le membre participant reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste ainsi qu'à sa demande, du règlement intérieur.

Les modifications des statuts et du règlement mutualiste sont portées à sa connaissance par voie postale ou par courrier électronique.

58.2 – Opérations collectives

Dans le cadre des adhésions issues d'un contrat collectif, l'employeur ou la personne morale souscriptrice est tenu de remettre à chaque membre participant les statuts de la Mutuelle et une notice d'information, établie par la Mutuelle, qui définit le contenu des droits et obligations découlant du contrat collectif ainsi que les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ; le membre participant peut, également, demander communication du règlement intérieur.

Toute modification du contrat collectif est constatée par un avenant signé entre le Souscripteur et la Mutuelle. L'employeur ou la personne morale souscriptrice est tenu de remettre à chaque membre participant une notice d'information établie par la Mutuelle.

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 59 – Fonds d'action sociale

Un fonds d'action sociale peut être créé dans le but d'aider à titre exceptionnel les membres participants et leurs ayants droit.

Les sommes destinées à alimenter ce fonds sont votées lors de l'établissement du budget annuel de la Mutuelle et approuvées en assemblée générale. Elles sont prélevées uniquement sur les fonds disponibles de la Mutuelle après constitution des réserves et des provisions techniques exigées par les dispositions du livre II du code de la mutualité.

L'octroi des aides relève de la compétence du conseil d'administration.

Article 60 – Dissolution et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'assemblée générale.

L'assemblée générale règle le mode de liquidation, nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les administrateurs et désigne les attributaires de l'excédent de l'actif net sur le passif dans les conditions prévues par l'article L.113-4 du code de la mutualité.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs.

L'assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs.

Article 61 - Protection des données à caractère personnel

Les données relatives aux délégués, aux administrateurs et aux personnels de la Mutuelle constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et le règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Les informations collectées auprès des délégués, des administrateurs et des personnels de la Mutuelle sont nécessaires à l'organisation des réunions des instances, à la désignation des délégués, aux élections des administrateurs et au suivi administratif des dossiers des délégués et des administrateurs. Elles sont enregistrées sur des outils informatiques afin que la Mutuelle en sa qualité de responsable du traitement, puisse mettre en œuvre les obligations statutaires, légales et réglementaires qui lui incombent. Elles peuvent être transmises aux sous-traitants de la Mutuelle intervenant dans le fonctionnement des instances.

Elles sont conservées jusqu'au terme des délais de prescription. Les personnes concernées bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de leurs données ou encore de limitation du traitement. Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer aux traitements des données les concernant. Elles peuvent, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer leurs droits en adressant un courrier postal au siège social de la Mutuelle ou un courriel à dpo@unmi.eu. Par ailleurs, elles disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente, la CNIL (www.cnil.fr).

Les dispositions relatives à la protection des données à caractère personnel des affiliés ou assurés au titre des contrats collectifs, obligatoires ou facultatifs, ou des règlements mutualistes figurent dans les notices d'information afférentes aux contrats collectifs ou dans les règlements mutualistes.

STATUTS D'UNMI'Mut
APPROUVÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DU 18 JUIN 2024



RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Approuvé par l'Assemblée
générale du 18 juin 2024

Certifiés conformes à
l'original le 18 juin 2024



SOMMAIRE

PREAMBULE	4
CHAPITRE 1 – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	4
ARTICLE 1 – COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	4
ARTICLE 2 – SECTIONS DE VOTE	4
ARTICLE 3 – ÉLECTIONS DES DÉLÉGUÉS	4
3.1. Nombre de délégués	4
3.2. Conditions d'éligibilité	4
3.3. Organisation des élections et candidatures	4
ARTICLE 4 – MODALITÉS DE VOTE	4
ARTICLE 5 – DÉPOUILLEMENT DU SCRUTIN ET PUBLICITÉ DES RÉSULTATS	4
CHAPITRE 2 – CONSEIL D'ADMINISTRATION	5
ARTICLE 6 – MODALITÉS DE L'ÉLECTION	5
ARTICLE 7 – MODALITÉS DE CANDIDATURE	5
ARTICLE 8 – MODALITÉS DE VOTE	5
CHAPITRE 3 – PRÉSIDENT, DIRIGEANT OPÉRATIONNEL ET BUREAU	5
ARTICLE 9 – ÉLECTIONS DU PRÉSIDENT, DIRIGEANT OPÉRATIONNEL	5
ARTICLE 10 – ÉLECTIONS DU BUREAU	6

PREAMBULE

Conformément à l'article 5 des statuts, le présent règlement intérieur définit les conditions d'application des statuts de la Mutuelle.

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**Article 1 – Composition de l'assemblée générale**

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote élus par les membres participants de la Mutuelle.

Article 2 – Sections de vote

Les sections de vote sont définies à l'article 13 des statuts.

Article 3 – Élections des délégués**3.1. Nombre de délégués**

Pour déterminer le nombre de délégués à élire dans chaque section de vote, l'effectif de la section à prendre en considération est le nombre de membres participants au 31 décembre de l'année précédant l'élection.

3.2. Conditions d'éligibilité

Les délégués ne peuvent être candidats qu'au sein de la section de vote à laquelle ils appartiennent et doivent, pour être éligibles, être à jour de leurs cotisations.

Les membres participants couverts à la fois au titre d'une opération individuelle et au titre d'une opération collective sont rattachés à la section de vote dont dépend le contrat individuel.

3.3. Organisation des élections et candidatures

Avant le 31 mars de l'année des élections, la date des élections des délégués, les modalités du scrutin (vote par correspondance et/ou vote par internet) ainsi qu'un appel à candidature sont communiqués par voie postale ou par voie électronique aux membres participants.

La date des élections des délégués est fixée par le conseil d'administration.

L'appel à candidature précise le nombre de délégués à élire, la date limite de réception par la Mutuelle des déclarations de candidature.

Chaque déclaration de candidature doit comporter :

- la photocopie d'une pièce d'identité, en cours de validité, recto verso ;
- une fiche de renseignement précisant les nom, prénoms, date et lieu de naissance, adresse, situation professionnelle, numéro d'adhérent à la Mutuelle ;
- une déclaration de candidature datée et signée.

Les déclarations de candidature doivent parvenir par courrier ou être déposées contre accusé de réception au siège de la Mutuelle avant l'expiration du délai imparti.

Toute candidature incomplète ou parvenue après l'expiration du délai imparti est irrecevable.

Article 4 – Modalités de vote

Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour. Sont élus les candidats

qui ont obtenu le plus grand nombre de voix et, en cas d'égalité de voix, les candidats les plus âgés.

Lorsqu'un vote par correspondance est organisé, les formulaires de vote sont remis ou adressés par la Mutuelle aux électeurs de chaque section de vote au plus tard 15 jours avant la date des élections.

Chaque formulaire de vote permettant l'élection des délégués comporte la liste des candidats, dans l'ordre alphabétique, mentionnant les nom, prénoms, date de naissance, profession, date d'adhésion à la Mutuelle, le nombre de sièges à pourvoir ainsi que les modalités de vote.

Ce formulaire remplit les conditions nécessaires à l'anonymat du votant.

Sous peine de nullité, le formulaire une fois rempli ne doit :

- pas faire état d'un nombre de noms supérieur au nombre de postes à pourvoir ;
- comporter aucun signe distinctif quelconque.

Les formulaires de vote doivent être envoyés par voie postale au siège social de la Mutuelle ou par courriel à l'adresse électronique mentionnée sur l'appel à candidature.

Il ne sera pas tenu compte des votes reçus après la date de clôture du scrutin, le cachet de la poste ou la date d'envoi du courriel comportant le formulaire de vote faisant foi.

La Mutuelle peut mettre en place un vote électronique. Les modalités de mise en place de ce vote permettent de respecter les principes suivants :

- vérifier l'identité des électeurs ;
- s'assurer de la sincérité et de l'intégrité du vote ;
- respecter le secret du vote ;
- permettre la surveillance effective du vote et le contrôle a posteriori par le bureau de vote.

Article 5 – Dépouillement du scrutin et publicité des résultats

Le bureau de vote est présidé par le président du conseil d'administration de la Mutuelle ou par tout membre participant non candidat sur délégation du Président. Il comprend deux assesseurs choisis parmi les membres participants à l'exception des candidats.

Le bureau de vote est chargé d'assister aux opérations de dépouillement et de statuer sur les cas litigieux.

Le Président du bureau de vote proclame les résultats à l'issue du dépouillement du scrutin.

Les résultats des élections sont portés à la connaissance des membres participants par publication en ligne soit via un lien d'accès public soit via le site internet d'un prestataire désigné par la Mutuelle dans les 7 jours qui suivent la date des élections.

CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION**Article 6 – Modalités de l'élection**

Les administrateurs sont élus par les délégués à

l'assemblée générale.

Les élections ont lieu par moitié tous les trois (3) ans.

Les administrateurs sortants sont rééligibles sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur ainsi que celles relatives aux conditions d'éligibilité prévues dans les statuts et le présent règlement intérieur.

Article 7 - Modalités de candidature

Tous les membres de la Mutuelle sont informés de la tenue des élections de la moitié sortante du conseil d'administration au cours de l'année où le mandat de ces administrateurs arrive à échéance, par tout moyen de communication au moins deux (2) mois civils avant l'assemblée générale procédant à l'élection.

La déclaration de candidature aux fonctions d'administrateur est individuelle et personnelle. Sous peine d'irrecevabilité, la déclaration est accompagnée d'un dossier de candidature devant comporter les éléments suivants :

- Une copie de la pièce d'identité en cours de validité ;
- Une lettre de motivation ;
- Un curriculum vitae exposant les compétences acquises et sur lequel doit figurer de façon détaillée les formations suivies, les diplômes obtenus et pour chacune des fonctions exercées au cours des dix (10) dernières années en France ou à l'étranger, le nom ou la dénomination sociale de l'employeur ou de l'entreprise concernée, les responsabilités effectivement exercées ;
- Un extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) datant de moins de 3 mois au jour de l'envoi du dossier de candidature. Le bulletin doit être demandé personnellement par internet ou par courrier ;
- Une fiche de renseignements émanant du candidat, précisant le nombre, la nature et la durée des mandats d'administrateurs qu'il détient au sein d'autres organismes mutualistes.

La déclaration de candidature peut être accompagnée d'une profession de foi n'excédant pas une page de format A4, imprimée recto/verso, sans couleurs ni photographies.

La déclaration de candidature est adressée au siège de la Mutuelle, à l'attention du président, par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle doit être adressée au plus tard trente (30) jours civils avant la date de l'assemblée générale procédant à l'élection, le cachet de la poste faisant foi ou être déposée contre récépissé, dans le même délai, au siège de la Mutuelle. En cas de litige, il appartient au membre qui prétend s'être porté candidat selon la procédure susvisée de le prouver en produisant l'accusé de réception ou le récépissé de dépôt de son dossier de candidature.

La Commission d'évaluation de l'élu de la Mutuelle est en charge d'examiner chaque candidature. A ce titre, la Commission :

- Contrôle la recevabilité de la candidature : la Commission vérifie la complétude de chaque dossier de candidature et le respect des délais de dépôt du dossier. Toute candidature incomplète et/ou transmise hors délais sera considérée irrecevable par la Commission ;
- Évalue la compétence et l'honorabilité des candidats au Conseil d'administration. Toute candidature

ne présentant pas les niveaux de compétence et d'honorabilité ne sera pas retenue.

Par ailleurs, la Commission d'évaluation de l'élu est également en charge de contrôler que le membre est à jour de ses cotisations. Lors de l'établissement de la liste des candidats, la Commission d'évaluation de l'élu indique le nombre minimum de candidats membres participants devant être élus afin de s'assurer qu'au moins deux tiers d'administrateurs aient la qualité de membres participants.

Après instruction des dossiers de candidature, la Commission d'évaluation de l'élu établit une liste des candidats qu'elle transmet, par écrit, au président du conseil d'administration au plus tard sept (7) jours civils avant l'assemblée générale procédant à l'élection.

Article 8 - Modalités de vote

Chaque candidat peut disposer d'un temps de parole limité à cinq (5) minutes pour motiver sa candidature devant l'Assemblée.

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret sur support papier ou électronique par les délégués à l'assemblée générale.

Le vote s'effectue conformément à l'ordre du jour de l'assemblée générale.

Une liste des candidats est affichée, par ordre alphabétique en fonction d'une lettre tirée au sort par un précédent conseil d'administration.

Sous peine de nullité du bulletin de vote, chaque électeur doit sélectionner autant de candidats que de postes à pourvoir.

Sont élus les candidats qui recueillent le plus grand nombre de suffrages exprimés dans la limite des postes à pourvoir. Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune. Un bureau de vote est constitué en séance et installé dans le lieu où se déroule l'Assemblée générale. Il est présidé par un administrateur non soumis à réélection, assisté de deux assesseurs choisis parmi les délégués à l'exception des candidats. En cas de vote électronique les conditions sont définies par la Mutuelle en respectant le secret du vote et la sincérité du scrutin.

Le bureau de vote est en charge d'assurer la régularité des élections et le dépouillement du scrutin. Pour établir la régularité des opérations de vote, la Mutuelle se réserve le droit de requérir le ministère d'un huissier de justice. Les résultats sont immédiatement proclamés par le président du conseil d'administration, et les noms des administrateurs nouvellement élus portés à la connaissance des délégués.

CHAPITRE 3 - PRÉSIDENT, DIRIGEANT OPERATIONNEL ET BUREAU

Article 9 - Elections du président, dirigeant opérationnel

Le conseil d'administration se réunit, pour élire son nouveau président, suite à l'assemblée générale au cours de laquelle le président en fonctions achève son mandat.

Tous les administrateurs peuvent faire acte de candidature en séance.

Chaque candidat peut disposer d'un temps de parole limité à cinq (5) minutes pour motiver sa candidature

devant le conseil d'administration.

Sous peine de nullité du bulletin de vote, chaque électeur doit sélectionner un seul candidat.

Le président est élu, au scrutin majoritaire uninominal à deux tours, pour une durée de six ans. Pour être élu au 1er tour, il faut obtenir la majorité absolue des suffrages exprimés. En cas de ballottage seuls les deux candidats ayant obtenu le plus de suffrages exprimés peuvent se présenter au second tour. La majorité relative suffit pour être élu au second tour.

Le vote se déroule à main levée, sauf, si au moins un des administrateurs présents demande le vote à bulletin secret.

Article 10 - Élections du bureau

En application des statuts, les membres du bureau sont élus pour trois ans par le conseil d'administration, sur proposition de son président.

L'élection intervient au cours du premier conseil d'administration suivant l'assemblée générale au cours de laquelle se déroule l'élection des administrateurs dans le cadre du renouvellement du conseil d'administration. Les administrateurs votent, à la majorité simple, pour la liste présentée par le président. Le vote se déroule à main levée, sauf, si au moins un des administrateurs présents demande le vote à bulletin secret.

En cas de rejet de la liste des membres du bureau par le conseil d'administration, il appartient au président de proposer une nouvelle liste et de la soumettre au vote du conseil d'administration.

—
RÈGLEMENT INTÉRIEUR
APPROUVÉ PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DU 18 JUIN 2024
—





RÈGLEMENT MUTUALISTE SANTÉ

Approuvé par le Conseil d'administration d'UNMI'Mut et à effet
au 1^{er} janvier 2025



DR-ADH-02-éd.14

SOMMAIRE

TITRE I. OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS	3
ARTICLE 1 - Objet de la garantie.....	3
ARTICLE 2 - Objet du Règlement	3
ARTICLE 3 - Modification du Règlement.....	3
ARTICLE 4 - Caractère responsable du Règlement	3
ARTICLE 5 - Modalités d'adhésion.....	3
ARTICLE 6 - Information précontractuelle et documentation contractuelle.....	4
ARTICLE 7 - Prise d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion	4
ARTICLE 9 - Communication des frais de gestion et du ratio prestations/cotisations	6
ARTICLE 10 - Contrat responsable	7
ARTICLE 12 - Carte mutualiste – Tiers payant	11
ARTICLE 13 - Changement de situation	12
ARTICLE 14 - Résiliation.....	12
TITRE II. OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE.....	14
ARTICLE 15 - Cotisations.....	14
TITRE III. OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS	15
ARTICLE 16 - Droit aux prestations.....	15
ARTICLE 17 - Changement de formule de garantie	16
ARTICLE 18 - Décomptes	16
ARTICLE 19 - Principe indemnitaire et pluralité d'assurance	16
ARTICLE 20 - Prescription	17
ARTICLE 21 - Prestations indues.....	18
ARTICLE 22 - Exclusion de prestations.....	18
ARTICLE 23 - Fausse déclaration.....	19
ARTICLE 24 - Subrogation	19
ARTICLE 25 - Informatique et libertés	20
ARTICLE 26 - Réclamation – Médiation	21
ARTICLE 27 - Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	22
ARTICLE 28 - Organisme de contrôle.....	22
ARTICLE 29 - Loi applicable.....	22
TITRE IV - Agents territoriaux	22
ARTICLE 30 - Dispositions spécifiques aux agents territoriaux.....	22

LEXIQUE

Adhérent : Personne physique, membre participant de la Mutuelle, qui adhère au Règlement, sur la tête de laquelle repose la garantie et qui s'engage à payer les cotisations auprès de la Mutuelle.

Année civile : Période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Assuré : Il faut entendre par Assuré la personne physique :

- Adhérent de la Mutuelle au titre de son adhésion au Règlement ;
- Conjoint de l'Adhérent inscrit sur le bulletin d'adhésion et couvert par le Règlement en tant qu'ayant droit ;
- Enfant à charge de l'Adhérent inscrit sur le bulletin d'adhésion et couvert par le Règlement en tant qu'ayant droit.

Ayant droit : Personne physique ayant droit de l'Adhérent, indiquée sur la demande d'adhésion. Les Ayants droit pouvant bénéficier des prestations du Règlement sont les Conjoints et les Enfants.

Carence : Période à compter de la prise d'effet de l'adhésion pendant laquelle le remboursement des frais de santé est limité dans les conditions prévues par le Règlement. L'Adhérent est tenu au paiement des cotisations pendant le délai de carence.

Conjoint : Personne avec laquelle l'Adhérent est marié, non divorcé, ni séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée ; à défaut, personne avec laquelle l'Adhérent est lié par un pacte civil de solidarité (PACS) conformément à l'article 515-1 du Code civil ; à défaut, personne avec laquelle l'Adhérent vit en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil.

Document d'Information sur le Produit d'Assurance (DIPA ou « IPID » en anglais) : Le document d'information sur le produit d'assurance est un document d'informations précontractuelles standardisé permettant d'informer l'Adhérent sur le fonctionnement du produit auquel il va adhérer.

Enfant : Enfant de l'Adhérent qu'il soit légitime, naturel, adoptif, reconnu ou recueilli.

Mutuelle : UNMI'Mut - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le SIREN 851 629 162 - Siège social 70 boulevard de Courcelles 75017 PARIS

Règlement : Le présent Règlement mutualiste santé qui définit les droits et obligations réciproques de la Mutuelle et des Adhérents.

Statuts : Statuts de la Mutuelle.

TITRE I. OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

ARTICLE 1 – Objet de la garantie

La Mutuelle garantit aux Adhérents et à leurs Ayants droit, dans les conditions et limites fixées dans le Règlement, le versement de prestations relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

ARTICLE 2 – Objet du Règlement

Le présent Règlement régit les modalités d'application des garanties assurées par UNMI'Mut. Il est complété par le tableau des garanties remis préalablement à l'adhésion de l'Adhérent.

Le Règlement définit, dans le cadre d'une adhésion individuelle, le contenu et la durée des engagements contractuels existant entre chaque Adhérent et la Mutuelle.

Le présent Règlement est adopté par le Conseil d'administration de la Mutuelle. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts de la Mutuelle.

ARTICLE 3 – Modification du Règlement

Le Conseil d'administration peut apporter toutes les modifications nécessaires au présent Règlement.

Toutes les modifications apportées au Règlement sont notifiées aux Adhérents.

Elles sont applicables dès leur notification aux Adhérents.

ARTICLE 4 – Caractère responsable du Règlement

Les garanties frais de santé couvertes dans le cadre du présent Règlement respectent les exigences légales et réglementaires des contrats responsables au sens notamment, de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes d'application.

Toute évolution législative ou réglementaire s'appliquera aux garanties couvertes au titre du présent Règlement afin qu'elles conservent leur caractère responsable.

Section I - Conditions d'admission

ARTICLE 5 – Modalités d'adhésion

Peuvent adhérer à la Mutuelle sans limite d'âge, ayant leur résidence principale en France et affiliés à un régime général obligatoire français :

- les particuliers, actifs ou retraités ;
- les agents territoriaux et indépendants autres ;
- à la demande des services sociaux, des personnes relevant de l'aide sociale ou sous tutelle ou curatelle.

Les demandes d'adhésion doivent être établies obligatoirement sur les formulaires de la UNMI'Mut - Règlement mutualiste santé approuvé par le Conseil d'administration

Mutuelle, dûment renseignés, datés, signés. Le bulletin d'adhésion à la Mutuelle doit être accompagné dans tous les cas :

- Du bulletin d'adhésion dûment rempli, daté et signé ;
- De la copie des pièces d'identité de l'Adhérent et des Ayants droit en cours de validité au moment de l'adhésion ;
- De la photocopie de l'attestation d'assuré social de chacun des Assurés à couvrir par la Mutuelle ;
- Du mandat de prélèvement SEPA fourni par la Mutuelle dûment rempli, daté et signé ;
- Du relevé d'identité bancaire (BIC-IBAN) ;
- le cas échéant, de la copie de la carte de l'Adhérent relative à une précédente couverture complémentaire santé ou un certificat de radiation délivré par un organisme complémentaire santé.

Les conditions d'adhésion propres aux agents territoriaux sont définies à l'article 30 du Règlement.

ARTICLE 6 – Information précontractuelle et documentation contractuelle

6.1 Informations précontractuelles

Avant la signature du bulletin d'adhésion, la Mutuelle remet à l'Adhérent un exemplaire des garanties, des Statuts et de son règlement intérieur, du Règlement ainsi que du Document d'Information sur le Produit d'Assurance (DIPA).

6.2 Documentation contractuelle

La documentation contractuelle est formée :

- Des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle,
- Du présent Règlement,
- Des garanties,
- Du bulletin d'adhésion.

ARTICLE 7- Prise d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion à la Mutuelle prend effet au premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion dûment signé et complété accompagné des de l'ensemble des pièces justificatives (cachet de la poste faisant foi) sous réserve de l'encaissement de la première cotisation ; elle est souscrite pour l'Année civile en cours.

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation ou dénonciation du contrat. La durée minimale de l'engagement réciproque des parties est de douze mois.

La signature du bulletin d'adhésion entraîne l'acceptation des Statuts et du Règlement mutualiste.

ARTICLE 8 – Vente à distance ou démarchage

8.1 Définitions

Vente à distance

Lorsque l'adhésion au Règlement a été proposée en dehors de la présence physique des deux parties, dans le cadre d'une commercialisation utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (internet, vente par correspondance, démarchage par téléphone), l'Adhérent bénéficie des dispositions protectrices définies par le Code de la mutualité et le Code de la consommation. La Mutuelle communique à l'Adhérent, par écrit ou sur un autre support durable, auquel l'Adhérent a l'accès en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles et les informations précontractuelles mentionnées au III de l'art. L.221-18 du Code de la mutualité et notamment : la dénomination de la Mutuelle, ses coordonnées, le montant total de la cotisation et les modalités de paiement de celle-ci, la durée minimale de l'Adhésion au Règlement ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci, la loi applicable aux relations contractuelles, l'existence d'un droit de renonciation.

L'Adhérent peut à tout moment demander à recevoir les conditions contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable. En outre, l'Adhérent a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

Démarchage

Dans le cadre d'un démarchage (démarchage au domicile de l'Adhérent, à sa résidence, à son lieu de travail, même à sa demande), l'Adhérent reçoit en temps utile et avant tout engagement de sa part, les informations précontractuelles requises ainsi que les conditions contractuelles de l'adhésion.

Ces informations et conditions lui sont fournies sur papier ou, sous réserve de son accord, sur un autre support durable. Le contrat comprend un formulaire de rétractation.

8.2 Délai de renonciation

Lorsque l'adhésion aux garanties résulte d'une vente à distance ou d'un démarchage, l'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au plus tard après un délai de quatorze jours, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir :

- dans le cadre d'une vente à distance : à compter de la date d'effet de l'adhésion, ou de la date où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles si cette date est postérieure.
- dans le cadre d'un démarchage : à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion. Toutefois, si l'Adhérent a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, il ne peut exercer son droit à renonciation.

Lorsque le délai de renonciation expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, il est prorogé jusqu'à la fin du jour ouvrable suivant.

L'Adhérent peut exercer sa faculté de renonciation en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception (TG ASSUR / MUTUELLE EPC, 28 bis rue de Courcelles 51 100 REIMS) ou un envoi recommandé électronique à l'adresse e-mail suivante contact@mutuelle-epc.com contenant les mêmes informations, selon le modèle suivant :

Vente à distance :

« Je soussigné(e) (Nom, prénom), exerce mon droit de renonciation prévu par l'article L.221-18 du Code de la mutualité pour mon contrat d'assurance complémentaire santé numéro ----- (indiquer les références du contrat), souscrit le -----, sous le numéro d'adhérent

Fait à Le..... Signature »

Démarchage à domicile :

« Je soussigné(e) (Nom, prénom) exerce mon droit de renonciation prévu à l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité pour mon, adhésion au règlement mutualiste complémentaire santé individuel numéro (indiquer les références du contrat), souscrit le , sous le numéro d'adhérent Je n'ai connaissance de la survenance d'aucun évènement susceptible de déclencher la mise en œuvre des prestations assurées par le présent Règlement.

Fait à Le Signature »

La renonciation entraîne la restitution de la totalité des cotisations versées. Le remboursement est adressé dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception, par la Mutuelle, de la lettre recommandée ou du courriel recommandé.

Des intérêts légaux courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

L'Adhérent devra rembourser dans ce même délai les prestations versées par la Mutuelle.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Les modalités d'exercice du droit de renonciation figurent au bulletin d'adhésion.

ARTICLE 9 - Communication des frais de gestion et du ratio prestations/cotisations

En vertu des dispositions des articles L.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle communique avant toute souscription à un contrat individuel puis annuellement les frais de gestion de la Mutuelle ainsi que le ratio prestations / cotisations. Le montant des frais de gestion ainsi que du ratio prestations / cotisations figure sur le bulletin d'adhésion, sur l'avis d'échéance annuel ainsi que sur tout devis.

Frais de gestion : Les frais de gestion de la Mutuelle recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Ratio frais de gestion/cotisations : Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ratio prestations/cotisations : Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces

garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

ARTICLE 10 - Contrat responsable

Les garanties santé mentionnées dans le tableau de garanties annexé au Règlement répondent au cahier des charges du contrat responsable, tel que prévu aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et à l'ensemble de la réglementation relative à ces contrats. Il répond ainsi aux obligations, plafonds et exclusions de prise en charge prévus par le cahier des charges du contrat responsable et couvre ainsi les dispositifs d'optique médicale, aides auditives et les soins prothétiques dentaires relevant du 100% santé.

Spécificités relatives aux contrats responsables :

- remboursement différent des dépassements d'honoraires selon que le professionnel adhère ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) ;
- prise en charge obligatoire du Ticket Modérateur de l'ensemble des catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15%. Aucun délai d'attente n'est appliqué pour la prise en charge de celui-ci.

Est exclue la prise en charge :

- **de la majoration du Ticket Modérateur en cas de consultations ou visites de médecins effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés,**
- **des participations forfaitaires et franchises visées à l'article L.322-2 II et L.322-2 III du Code de la Sécurité sociale fixées à ce titre par la législation de la Sécurité sociale en vigueur et à venir,**
- **des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés par l'adhérent sans prescription préalable de son médecin traitant dont les montants sont fixés par décret.**

Les montants minimums et maximums de prise en charge ainsi que les durées de renouvellement des équipements d'optique médicale et des aides auditives évoluent conformément au cahier des charges du contrat responsable. Les remboursements de frais s'effectueront conformément à celui-ci.

Ces modifications sont intégrées dans le tableau des garanties.

Sur l'ensemble des postes de garanties, la Mutuelle prend obligatoirement en charge le Ticket Modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire (*à l'exclusion des cures thermales, des médicaments remboursés à 15%, des médicaments remboursés à 30% et de l'homéopathie*), le Ticket Modérateur de l'ensemble des actes de prévention remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire ainsi que le Ticket Modérateur forfaitaire.

Aucun délai d'attente n'est appliqué pour la prise en charge du Ticket Modérateur sur les actes remboursables.

Un délai d'attente peut en revanche être appliqué aux prestations couvrant la prise en charge des dépassements de tarifs, comme en optique ou en dentaire par exemple.

Le Forfait Journalier en établissement hospitalier est pris en charge sans limitation de durée.

Les planchers et plafonds de prise en charge des dépassements de tarifs, s'ils sont couverts, figurent au tableau de garanties.

Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins, les conditions de prise en charge et le niveau de remboursement diffèrent selon que le médecin est adhérent ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé (DPTAM). Le DPTAM rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés par l'Assurance Maladie Obligatoire : OPTAM et OPTAM-CO. L'OPTAM désigne l'option par laquelle les médecins s'engagent à respecter une pratique tarifaire maîtrisée. L'OPTAM-CO a le même objectif mais cette option est ouverte aux médecins spécialistes en chirurgie et obstétrique.

Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements de tarifs en optique, ces planchers et plafonds (ticket modérateur inclus) sont différenciés par type d'équipement.

La prise en charge des dépassements de tarifs en optique est précisée à l'article « Description des prestations » du présent Règlement mutualiste.

Le tableau de garanties précise les conditions de prise en charge, le cas échéant, des actes non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire, et des actes hors nomenclature ; des cures thermales ; des médicaments remboursés à 15% et 30% (dont l'homéopathie).

ARTICLE 11 : Description des prestations du contrat responsable

11.1 : Prestations en optique

Forfaits « lunettes »

Les forfaits « lunettes » prennent en charge un seul équipement d'optique médicale composé de deux verres correcteurs et d'une monture par période de deux ans suivant la date de facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque l'Adhérent acquiert son équipement en deux temps (*d'une part la monture, d'autre part les verres*), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (*verres ou monture*) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Conformément au cahier des charges du contrat « responsable » et au tableau de garanties, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique fait l'objet d'un plafonnement et le montant global de prise en charge varie en fonction du niveau de correction et de la complexité des verres de la manière suivante :

Verres simples :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6 à +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre est \leq à + 4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est \leq à 6 dioptries

Verres complexes :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6 et 0 dioptries et dont le cylindre est $>$ + 4 dioptries

- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est $< - 6$ dioptries et dont le cylindre est $\geq 0,25$ dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est $> \text{à } 6$ dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre $- 4$ et $+ 4$ dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre $- 8$ et 0 dioptries et dont le cylindre est $\leq \text{à } + 4$ dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est $\leq \text{à } 8$ dioptries

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de $- 4$ à $+ 4$ dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre $- 8$ et 0 dioptries et dont le cylindre est $> + 4$ dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est $< \text{à } - 8$ dioptries et dont le cylindre est $\geq \text{à } 0,25$ dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est $> \text{à } 8$ dioptries

Le droit au forfait est subordonné à l'existence d'une prescription médicale et d'un remboursement préalable par le régime obligatoire. Tous les forfaits s'entendent comme incluant le montant du ticket modérateur.

La période d'utilisation de chacun des forfaits « lunettes » débute à la date de facturation de l'équipement et s'achève deux ans après. Cette période est fixe. Ainsi, sauf dérogation prévue par la réglementation, tout renouvellement de l'équipement d'optique dans un délai inférieur à 24 mois suivant la date de facturation du dernier équipement ne pourra donner lieu à une prise en charge par la Mutuelle.

Dérogations à la durée biennale de la période d'utilisation des forfaits :

Les enfants de moins de 16 ans et les personnes devant changer d'équipement optique en raison de l'évolution de la vue constatée par une prescription médicale délivrée par un ophtalmologue ou par l'opticien, peuvent bénéficier d'un forfait optique une fois par an. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, la périodicité de renouvellement est de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par la Mutuelle.

Aucun délai de renouvellement des verres n'est requis :

- pour les enfants de moins de 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires ;
- en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Pour les bénéficiaires présentant un défaut de vision de près et un déficit de vision de loin et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les

garanties prennent en charge deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (*plancher, plafond, délai de renouvellement*).

Les forfaits « lunettes » s'appliquent, en fonction de la garantie souscrite, à chacun des deux équipements considérés individuellement.

Si la demande de remboursement est faite simultanément pour les deux équipements, il ne pourra y avoir de remboursement par la Mutuelle l'année qui suit, sauf pour les mineurs, et les majeurs en cas d'évolution de la vue justifiant un changement d'équipement.

Équipements 100% santé mixtes :

Le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le remboursement sera conforme au remboursement prévu règlementairement.

Les dépenses d'acquisition de dispositifs d'optique médicale « 100% santé » exposées par l'adhérent sont prises en charge en sus des tarifs de responsabilités dans la limite des honoraires de facturation.

S'agissant des dispositifs « hors 100% santé » la prise en charge des équipements d'optique médicale respecte les planchers et les plafonds de remboursement prévus par le contrat responsable.

11.2 : Prestations en audiologie

Le contrat responsable distingue deux classes d'aides auditives :

- Les équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP doivent être remboursés à hauteur de 100% des frais réels.
- Les équipements de Classe II (« à tarifs libres ») pris en charge à hauteur du Ticket Modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du Ticket Modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. La prise en charge des aides auditives de Classe II est précisé dans le tableau des garanties et ne peut en tout état de cause excéder 1700 € par oreille (*incluant la part des dépenses prise en charge la Sécurité sociale et le ticket modérateur, hors prestations annexes telles que les consommables, piles ou accessoires*).

Quel que soit le niveau de garanties souscrit, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil (*Classe I et II*). L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La Mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives « 100% santé » exposées par l'adhérent sont prises en charge en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation.

Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives « hors 100% santé » exposées par l'adhérent respectent les plafonds de remboursement prévus par le contrat responsable.

11.3 : Prestations en dentaire

Les actes dentaires sont remboursés selon leur codification dans la « classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire » et leur association aux différentes garanties « DENTAIRE ».

Les actes relevant du « 100% santé » tels que définis règlementairement sont remboursés par la Mutuelle, dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF).

S'agissant des actes « hors 100% santé », le remboursement dépend du détail du type de l'acte réalisé (*couronne, implant...*) ou du type de prothèse (*fixe, amovible...*), du matériau ou de l'emplacement de la dent.

L'annualité du plafond des prestations dentaires prévu par le tableau des garanties est évaluée à partir de la date d'effet de l'adhésion de chaque bénéficiaire à la formule de garanties. La part non consommée une année n'est pas reportée sur l'année suivante.

La Mutuelle ne rembourse pas les prothèses dentaires transitoires ou provisoires non prises en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie.

ARTICLE 12 - Carte mutualiste – Tiers payant

Après réception de son bulletin d'adhésion par la Mutuelle et sous réserve que toutes les pièces nécessaires aient été fournies, l'Adhérent reçoit à son domicile une carte mutualiste par Assuré comportant l'indication des droits. Cette carte, valable de la date d'adhésion à la fin de l'année civile, est accompagnée d'un échéancier des cotisations.

L'Adhérent reçoit ensuite chaque année une carte mutualiste par Assuré si les droits sont ouverts à la date d'émission de la carte.

Cette carte atteste des droits des Assurés. Elle est strictement personnelle et ne peut être utilisée que par les personnes mentionnées sur la carte et si les cotisations de la période de couverture sont bien réglées.

L'Adhérent est tenu de vérifier les indications portées sur les cartes mutualistes et d'informer le service administratif de la Mutuelle de toute rectification nécessaire.

En cas de résiliation de l'adhésion, l'Adhérent est tenu de retourner les cartes mutualistes à la Mutuelle.

La Mutuelle assure directement, dans la limite de l'option souscrite, la prise en charge des frais engagés par l'Adhérent et ses Ayants droit, sauf actes de soins effectués en dehors du parcours de soins coordonnés.

Pour l'optique, l'acoustique, les prothèses dentaires, les hospitalisations : possibilité de bénéficier du tiers payant sous réserve d'une demande de prise en charge par le professionnel de santé à l'opérateur de tiers-payant.

Le tiers payant se fait sur la base de 100 % des tarifs de convention des régimes obligatoires (Sécurité sociale, etc.), sauf accords spécifiques. A défaut, l'Assuré doit faire l'avance des suppléments et en demander le remboursement à la Mutuelle en produisant le décompte du régime obligatoire (Sécurité sociale, etc.) et les pièces justificatives des

dépenses. Les suppléments lui seront alors remboursés par la Mutuelle dans le cadre des garanties souscrites, selon les procédures habituelles.

Toute utilisation de la carte mutualiste pendant la suspension ou après le terme des garanties santé ou au bénéfice d'un Ayant droit qui n'est plus couvert est frauduleuse. La Mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre tout contrevenant.

ARTICLE 13 - Changement de situation

Tout changement de situation familiale ou administrative signalé à la Mutuelle prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception du signalement par la Mutuelle. En cas de changement de situation non signalé, la Mutuelle se réserve le droit de régulariser la situation avec effet rétroactif.

Par exception, sous réserve que la Mutuelle en ait été informée au plus tard dans le mois suivant l'événement et pour éviter toute interruption de la couverture santé des bénéficiaires, l'inscription à la Mutuelle :

- de l'Enfant en qualité d'Ayant droit prend effet le jour de sa naissance ;
- de l'Enfant majeur ou du Conjoint en qualité d'Adhérent prend effet le lendemain du décès de l'Adhérent ;
- de l'Enfant mineur en qualité d'Ayant droit et du Conjoint en qualité d'Adhérent prend effet le lendemain du décès de l'Adhérent.

Section II - Résiliation

ARTICLE 14 - Résiliation

Les garanties et options souscrites prennent fin dans les conditions de résiliation fixée par l'article 7 du Règlement mutualiste.

14.1 Résiliation annuelle

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance annuelle.

Pour pouvoir être effective au 31 décembre, la résiliation de l'adhésion doit être portée à la connaissance de la Mutuelle au moins deux mois avant la date de son échéance (au plus tard le 31 octobre). La résiliation prend effet au 31 décembre de l'année en cours. A défaut, l'adhésion se reconduit pour une nouvelle période d'un an.

14.2 Résiliation loi Châtel

Conformément aux dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, lorsque l'avis annuel de cotisations est adressé à l'Adhérent moins de quinze jours avant le 31 octobre, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'Adhérent est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.

14.3 Résiliation en cours d'année

L'Adhérent peut résilier son adhésion en cours d'année sous réserve de disposer d'une ancienneté d'adhésion minimale de douze mois, sans frais ni pénalités. La demande de résiliation doit être adressée au service administratif de la Mutuelle.

La résiliation intervenant en cours d'année prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'Adhérent. La Mutuelle confirme par écrit la notification de la dénonciation.

L'Adhérent n'est redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde à l'Adhérent. La Mutuelle remboursera les cotisations trop payées dans un délai de trente jours après la prise d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal. Dans le cas où la Mutuelle reçoit une résiliation de la part d'un autre organisme pour résilier le contrat en lieu et place de l'Adhérent, la Mutuelle procède à la résiliation, si la demande est conforme aux textes réglementaires applicables. La résiliation prendra effet un (1) mois après la réception de la notification de la résiliation. La Mutuelle et le nouvel organisme s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture de l'Adhérent durant la procédure. La Mutuelle confirme alors la résiliation par un avis de résiliation.

L'Adhérent peut résilier la garantie de son Ayant droit dans les mêmes conditions que celles prévues pour son adhésion.

14.4 Résiliation en cas de bénéfice d'une autre couverture

Résiliation en cas d'adhésion obligatoire à un autre organisme complémentaire santé

L'Adhérent peut résilier son adhésion en cours d'année en cas d'adhésion à une complémentaire santé obligatoire par le biais de son emploi (ou de celui de son conjoint lorsque sa mutuelle est obligatoire pour ses ayants droit, notamment lorsque la structure de cotisation est dite « famille »), sous réserve de fournir un justificatif. La résiliation prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit l'évènement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet évènement, et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestation depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai ou si des prestations ont été versées, la résiliation prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

L'Adhérent peut demander la résiliation de la garantie de son Ayant droit en cours d'année, sur présentation d'un justificatif. Les modalités de résiliation sont identiques à celles prévues pour l'Adhérent.

Résiliation en cas d'ouverture des droits à la Complémentaire Santé Solidaire

L'Adhérent peut résilier son adhésion en cours d'année en cas d'adhésion au dispositif de Complémentaire Santé Solidaire.

La résiliation prend effet le dernier jour du mois précédant qui suit l'évènement sous réserve de la communication des justificatifs.

14.5 Résiliation en cas de modification de la situation de l'Adhérent

Conformément à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant un non-respect des conditions d'adhésion au Règlement, la Mutuelle ou l'Adhérent peuvent mettre fin à l'adhésion qui aurait pour objet la garantie de risques liés directement à la situation antérieure de l'Adhérent.

La résiliation prend effet le 1^{er} jour du mois suivant celui de la réception de la notification par l'Adhérent ou de la demande de résiliation par la Mutuelle.

La résiliation intervient au plus tard dans un délai de trois mois à compter de la survenance de l'un des événements précités.

14.6 Résiliation en cas de décès de l'Adhérent

UNMI'Mut - Règlement mutualiste santé approuvé par le Conseil d'administration

En cas de décès de l'Adhérent, la résiliation de l'adhésion prend effet au jour du décès. Sur présentation de l'acte de décès, l'éventuel trop perçu de cotisation est remboursé aux héritiers.

La ré adhésion à la Mutuelle ne peut-être acceptée qu'une seule fois, sauf en cas de démission pour cause de contrat collectif à adhésion obligatoire.

Un certificat de résiliation est délivré lorsque l'original de la carte mutualiste de l'Adhérent est restitué.

14.7 Modalités de résiliation communes à tous les motifs de résiliation

La demande de résiliation doit être adressée au service administratif de la Mutuelle, accompagnée de la carte mutualiste en retour, au choix de l'Adhérent :

- soit par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique ;
- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou au service administratif de la Mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par un mode de communication à distance, lorsque le contrat a été conclu par ce biais.

TITRE II. OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

ARTICLE 15 - Cotisations

15.1 Paiement de la cotisation par l'Adhérent

L'Adhérent s'engage au paiement d'une cotisation pour lui-même et ses Ayants droit.

Cette cotisation est affectée à la couverture des dépenses assurées directement par la Mutuelle.

15.2 Montant de la cotisation

La cotisation est individuelle. Son montant est déterminé selon la tranche d'âge à laquelle appartient chaque Assuré et figure dans le tableau des cotisations annexé au Règlement. Tout changement de tranche est appliqué au 1er janvier de l'année suivante.

Sauf dispositions contraires, la cotisation intègre toutes les taxes et contributions en vigueur.

15.3 Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable à terme à échoir.

Elle fait l'objet d'un prélèvement sur compte bancaire, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. La date du prélèvement n'est pas modifiable.

Le paiement de la cotisation par chèque ne peut être que trimestriel, semestriel ou annuel.

15.4 Cas particulier

Les enfants, à partir du troisième, sont exonérés de cotisation.

La cotisation de l'enfant inscrit dès sa naissance n'est due qu'à compter du premier jour du mois suivant.

15.5 Evolution du montant de la cotisation

Le montant des cotisations évolue, d'une année sur l'autre, en fonction des résultats techniques de la Mutuelle et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

15.6 Défaut de paiement de la cotisation

Conformément à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure de verser la cotisation due.

Si l'Adhérent n'a toujours pas réglé la cotisation dans un délai de 30 jours à partir de la réception de la lettre de mise en demeure, les garanties sont suspendues.

Tant que la cotisation n'est pas réglée, l'usage du service de Tiers Payant est interdit. Si l'Adhérent, ou l'un de ses Ayants Droit, utilisait néanmoins sa carte de Tiers Payant, cela pourrait constituer une fraude justifiant des poursuites pénales.

La Mutuelle procède à la résiliation de l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours débutant à la réception de la lettre de mise en demeure par l'Adhérent.

Lorsque les Garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la Mutuelle pourra exiger, le cas échéant, le remboursement des Prestations versées après la résiliation des Garanties pour non-paiement des cotisations.

TITRE III. OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Section I - Prestations accordées par la Mutuelle

ARTICLE 16- Droit aux prestations

L'étendue et le montant des prestations sont fonction de la garantie souscrite.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins se situent avant la date d'effet du contrat et/ou après la date d'effet de la résiliation du contrat ne peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle.

Le droit au versement des prestations prend effet :

- pour l'Adhérent à la date de prise d'effet de son adhésion ;
- pour les Ayants droit, concomitamment à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'Adhérent ou à la date d'ouverture de leurs droits dans les conditions prévues par le Règlement.

Le remboursement de la Mutuelle est exprimé en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Sauf mention contraire, il ne prend pas en charge les actes hors nomenclatures.

Les prestations non prises en charge par la Sécurité sociale ne peuvent donner lieu à remboursement que si elles figurent expressément sur le tableau des garanties attaché au type de contrat souscrit.

Les garanties ne sont acquises qu'à l'Adhérent ayant sa résidence principale en France métropolitaine, dans un DROM ou dans l'Union Européenne et exerçant son activité professionnelle en France métropolitaine, dans un DROM ou dans l'Union Européenne dès lors qu'il est affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale française. Pour des séjours n'excédant pas 3 mois, les garanties s'exercent dans le monde entier, sauf pour les régions et pays formellement déconseillés par le ministère des affaires étrangères.

Pour les prestations réalisées à l'étranger, la Mutuelle intervient sur présentation de facture en complément d'une prise en charge effective du régime obligatoire français d'assurance maladie au titre des « soins à l'étranger ».

Pour percevoir les prestations, l'Adhérent doit être à jour de ses cotisations.

ARTICLE 17- Changement de formule de garantie

Le changement de garanties pour des prestations supérieures est possible en cours d'année avec effet au premier jour du mois qui suit la demande, quelle que soit l'antériorité dans la précédente formule de garantie, sous réserve que l'Adhérent et ses Ayants droit n'aient pas bénéficié de remboursement de prestations d'optique, d'audio prothèse, dentaires, d'hospitalisation ou d'appareillage dans les six mois précédant la demande.

Le changement de garanties pour des prestations moindres est possible au premier janvier de chaque année. L'antériorité dans la précédente formule de garantie doit toutefois être supérieure à douze mois.

Tout changement de formule de garanties donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.

ARTICLE 18- Décomptes

Les prestations accordées par la Mutuelle sont celles indiquées sur le tableau des garanties annexé au Règlement.

La liquidation du dossier et le paiement des prestations maladie sont effectués au vu du décompte original ou des données électroniques de prestations transmises par les organismes d'assurance maladie ou un professionnel de santé télétransmettant par un réseau informatique agréé. Le versement des prestations intervient dans un délai de trente jours à compter de la réception des pièces citées précédemment.

En cas de perte d'un décompte de prestations des organismes d'assurance maladie, la liquidation du dossier peut être effectuée sur présentation d'une attestation de versement de prestations établie par la Sécurité sociale.

Le paiement des prestations est assuré par virement bancaire.

Les Adhérents ont la possibilité de recevoir leurs décomptes à leur domicile par voie postale ou de les consulter et de les télécharger sur le site web de la Mutuelle s'ils ont ouvert un compte en ligne.

ARTICLE 19- Principe indemnitaire et pluralité d'assurance

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie,

une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale. Cette limite est appliquée séparément pour chaque prestation, sans compensation entre les différents postes. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le remboursement des dépenses de santé par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'Adhérent (article L.224-8 du Code de la mutualité).

En cas de cumul avec des prestations servies par une mutuelle, par un régime de prévoyance ou une compagnie d'assurance, les prestations versées par la Mutuelle viennent en complément de celles versées par ces autres organismes et ce, toujours dans la limite des frais réels restant à la charge de l'Adhérent après déduction des remboursements de la Sécurité sociale. Dans ce cas, les intéressés doivent obligatoirement communiquer à la Mutuelle les relevés de prestations d'ores et déjà obtenus par d'autres organismes assureurs afin que le montant total des remboursements n'excède pas les frais réels engagés.

Si l'Adhérent a effectué pour un même soin une ou plusieurs demandes de remboursements auprès d'autres organismes assureurs sans en informer la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de poursuivre l'Adhérent.

Le remboursement peut être effectué par virement bancaire sur le compte des Assurés de plus de 16 ans.

ARTICLE 20 - Prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

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

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L. 221-12-1 du Code de la mutualité :

« Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- **L'action en justice (même en référé, ou devant une juridiction incompétente ou encore quand l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure) ;**
- **L'acte d'exécution forcée ;**
- **La reconnaissance des droits du créancier.**

La prescription constitue une fin de non-recevoir (article 122 du Code de procédure civile) à une action judiciaire et elle peut être soulevée à tous les stades de la procédure (article 123 du Code de procédure civile), et même pour la première fois en appel.

La prescription permet à l'Adhérent ou à la Mutuelle de se libérer de ses obligations.

ARTICLE 21- Prestations indues

Dans le cas où un Adhérent est redevable envers la Mutuelle d'un trop perçu de quelque nature que ce soit, celle-ci est habilitée de plein droit à lui réclamer le remboursement en numéraire ou, après l'en avoir informé, à opérer des retenues sur les prestations mutualistes auxquelles il pourrait prétendre jusqu'à due concurrence.

ARTICLE 22- Exclusion de prestations

Sont expressément exclus des garanties de la Mutuelle les interventions, actes, soins et hospitalisations dans les cas suivants :

- 1. Les soins ou les interventions qui ne figurent pas à la nomenclature des actes professionnels sauf dispositions contraires prévues dans la formule de garantie souscrite,**
- 2. Les actes non pris en charge par le régime obligatoire, à l'exception toutefois des actes concernés par le contrat responsable,**
- 3. Les soins réalisés antérieurement à la date d'Adhésion ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie,**
- 4. Les séjours en maison de retraite,**
- 5. Les séjours en établissement psychopédagogique,**
- 6. Les séjours en institut médico-pédagogique (IMP) et les séjours résultant d'une décision de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées),**
- 7. Les séjours en établissement à caractère sanitaire et social,**
- 8. Les séjours en établissement gériatrique,**
- 9. Les séjours en établissement de long séjour,**
- 10. Les hospitalisations à caractère esthétique, diététique ou de rajeunissement non prises en charge par la Sécurité sociale ;**
- 11. La participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;**
- 12. Les actes et soins réalisés hors parcours de soins coordonnés, la majoration de la participation de l'Assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L.162-**

5-3 du Code de la Sécurité sociale.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 23 - Fausse déclaration

23.1 Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent, à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'Adhérent par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Si cette déclaration inexacte est constatée après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du montant des cotisations payées par l'Adhérent par rapport au montant des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

23.2 Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Adhérent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Toute fausse déclaration intentionnelle entraîne la privation du droit aux prestations.

Section II - Subrogation

ARTICLE 24- Subrogation

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

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice

moral des Ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

En général, dans le cas où une police individuelle, une licence, une assurance ou une caisse de prévoyance couvrirait le bénéficiaire des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, de récupération, d'hospitalisation, la Mutuelle ne prend en charge, dans la limite de son barème, que les frais non couverts par ces polices.

L'adhérent doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, adresser à la Mutuelle, dans les huit jours, une copie de la déclaration d'accident qui a été envoyée aux organismes précités.

Section III - Dispositions diverses

ARTICLE 25- Informatique et libertés

La Mutuelle s'engage à respecter toutes les obligations résultant de la législation applicable relative à la protection des données à caractère personnel et de la vie privée, en particulier ses obligations découlant de l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Article 25.1 – Recueil des informations

Les informations recueillies auprès des Adhérents et de leurs Ayants droit sont strictement nécessaires à la gestion des garanties prévues au Règlement. Ces informations sont indispensables à la gestion desdites garanties et au paiement des prestations qui en découleraient en cas de sinistre.

Ces données sont également collectées et traitées au titre de l'exercice du recours à la gestion des réclamations et du contentieux.

Les informations recueillies permettront l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude ou à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Article 25.2 – Conservation et portabilité des données

Les données seront conservées pendant toute la durée de l'adhésion au Règlement et au maximum pendant dix ans après sa résiliation.

Les destinataires des données des Adhérents ou de leurs Ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités du traitement : les personnels de la Mutuelle, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités.

Lors de la résiliation au Règlement, l'Adhérent et ses Ayants droit pourront demander à la Mutuelle quittée, la portabilité des données collectées auprès du nouvel assureur dans les conditions prévues par la législation.

Article 25.3 – Droits des personnes concernées

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016, les Adhérents et leurs Ayants droit

bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations les concernant. Ces personnes peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de ces données. Toutefois, les données indispensables à la gestion du contrat telles que celles nécessaires à l'appel des cotisations et au paiement des prestations ne pourront donner lieu à suppression.

Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits en adressant leur demande aux coordonnées suivantes :

Mutuelle EPC
TG ASSUR / MUTUELLE EPC
28 bis rue de Courcelles
51 100 REIMS

Les personnes concernées disposent de la faculté de contacter le délégué à la protection des données aux coordonnées suivantes :

Par email à : contact@mutuelle-epc.com

Les Adhérents et leurs Ayants droit disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente, la CNIL (www.cnil.fr).

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à l'Adhérent ou, le cas échéant, aux Ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique.

Conformément à l'article L. 223-2 du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Assurés des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site : www.bloctel.gouv.fr.

ARTICLE 26- Réclamation – Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du Règlement, l'Adhérent ou toute autre personne peut adresser une réclamation au Président de la Mutuelle accompagnée d'un dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la requête à l'adresse suivante :

Mutuelle EPC
TG ASSUR / MUTUELLE EPC
28 bis rue de Courcelles
51 100 REIMS

La Mutuelle dispose d'un délai maximum de dix jours à compter de l'envoi de la réclamation pour en accuser réception et d'un délai de deux mois pour envoyer sa réponse au réclamant.

L'Adhérent ou toute autre personne peut avoir recours au service du Médiateur de la Mutualité Française. Les demandes sont à adresser :

- soit par courrier à l'attention de :
Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15
- soit via l'adresse mail : mediation@mutualite.fr
- soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur :

Il ne peut être saisi lorsqu'une action contentieuse a été engagée.

ARTICLE 27 - Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de satisfaire à ses obligations légales et réglementaires en matière de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents et leurs ayants droits éventuels.

Elle est ainsi fondée à demander aux adhérents et leurs ayants droit, la justification et/ou la vérification de leur identité, de leur situation professionnelle économique ou financière ; des informations relatives à la provenance ou la destination des fonds liés au contrat d'assurance, ou toute autre information qui pourrait lui permettre d'avoir une meilleure connaissance de la relation d'affaires.

A défaut d'obtenir les documents demandés, aucune souscription ne sera réalisée. Si la relation d'affaires a été établie, il sera alors mis fin à celle-ci.

La Mutuelle a l'obligation de déclarer à TRACFIN les sommes ou opérations dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou participent au financement du terrorisme.

ARTICLE 28 - Organisme de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)- 4 place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 29 – Loi applicable

La loi applicable au présent Règlement est la loi française.

TITRE IV - Agents territoriaux

ARTICLE 30 - Dispositions spécifiques aux agents territoriaux

30.1 Règlement labellisé

Le Règlement relève du dispositif de labellisation auprès des employeurs de la fonction publique territoriale prévu par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

30.2 Conditions d'admission

En complément des pièces justificatives mentionnées à l'article 2 du Règlement, les agents territoriaux sont tenus de fournir lors de l'adhésion les pièces justificatives suivantes :

- Certificat employeur mentionnant la date d'entrée de l'agent dans la fonction publique ;
- Justificatif d'adhésion au dernier organisme auprès duquel l'agent a souscrit une garantie labellisée.

30.3 Majoration tarifaire pour adhésion tardive

Lorsque l'adhésion de l'agent à un organisme labellisé est postérieure de deux ans à son

entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret de labellisation, intervient plus de deux ans après la date de publication de ce décret, la cotisation « frais de santé » acquittée par l'Adhérent pour sa couverture et pour celle de ses Ayants droit, est majorée d'un coefficient calculé selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé des collectivités territoriales, du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé de la Fonction publique. Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la Fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation mentionnée à l'article 1er du décret du 8 novembre 2011.

Pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de trente ans depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé et la date d'entrée dans la Fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par l'organisme proposant une garantie de référence, une majoration égale à 2% par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la Fonction publique. Pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés.

30.4 Dates à partir desquelles les majorations s'appliquent

- Agents présents à la date de parution du décret : la majoration tarifaire ne sera calculée qu'à compter du 31 Août 2013 pour les agents âgés de plus de 30 ans.
- Agents entrés dans la fonction publique après la date de parution du décret : la majoration de tarif de 2% pour toute année non cotisée à un organisme de référence ne sera appliquée qu'à l'issue des deux premières années suivant leur entrée en fonction pour les agents de plus de trente ans.

30.5 Perte du label

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, l'organisme informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les souscripteurs ou Adhérents des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation (prévue à l'article 28 du décret du 8 novembre 2011).

Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'Adhérent ou le souscripteur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. Lorsque l'organisme reçoit directement la participation, il informe également la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée par les agents intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

30.6 Respect de la solidarité intergénérationnelle

Le rapport entre la cotisation hors participation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation de l'adhérent âgé de plus de quatre-vingt-dix ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques et pour une option de garanties comparable, compte non tenu d'éventuelles pénalisations.

Annexe 1 : COTISATIONS 2025

Cotisations mensuelles 2025

En fonction de leurs tranches d'âge, les cotisations sont les mêmes pour tous les adhérents.

Le 3^{ème} enfant et les suivants sont exonérés du montant de leurs cotisations.

Les augmentations tarifaires liées aux changements de tranche d'âge sont appliquées au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Tranches d'âge	Contrat de base Noir/Blanc	Contrat Plus Couleur
0 - 20 ans	28,10€	46,40€
21 - 29 ans	32,40€	56,80€
30 - 39 ans	40,80€	65,40€
40 - 44 ans	45,90€	73,90€
45 - 49 ans	53,40€	83,30€
50 - 54 ans	62,40€	95,40€
55 - 59 ans	72,70€	106,40€
60 - 64 ans	80,20€	118,30€
65 - 69 ans	86,40€	126,70€
70 - 74 ans	92,90€	136,30€
75 - 79 ans	103,80€	148,20€
80 - 84 ans	116,30€	163,40€
85 - 89 ans	118,80€	168,20€
90 ans et +	121,00€	171,80€

ANNEXE 2 - GARANTIES Noir/Blanc 2025

Les garanties ci-après sont exprimées en complément du régime général de l'Assurance Maladie⁽¹⁾.

Les garanties au 1^{er} Janvier 2025 du contrat de base Noir / Blanc

> Soins courants

	Régimes Obligatoires RO		Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels		Justifiatifs à fournir à la Mutuelle
	Contract de base Noir / Blanc		Remboursement total		
HONORAIRES MÉDICAUX					
Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale					
Consultation (y compris téléconsultation prise en charge par la Sécurité Sociale) et visite Généraliste DPTAM ⁽²⁾	70% ou 100%	50% ou 20%	120%		
Consultation (y compris téléconsultation prise en charge par la Sécurité Sociale) et visite Généraliste HORS DPTAM ⁽²⁾	70% ou 100%	30% ou 0%	100%		
Consultation et visite Spécialiste DPTAM⁽²⁾	70% ou 100%	65% ou 35%	135%		
Consultation et visite Spécialiste HORS DPTAM⁽²⁾	70% ou 100%	45% ou 15%	115%		
Actes de technique médicale et de petite chirurgie en Externe DPTAM⁽²⁾	70% ou 100%	30% ou 0%	100%		
Actes de technique médicale et de petite chirurgie en Externe HORS DPTAM⁽²⁾	70% ou 100%	30% ou 0%	100%		
Radiologie (y compris Densitométrie remboursée par la Sécurité Sociale - DPTAM ⁽²⁾)	70% ou 100%	30% ou 0%	100%		
Radiologie (y compris Densitométrie remboursée par la Sécurité Sociale - Hors DPTAM ⁽²⁾)	70% ou 100%	30% ou 0%	100%		
Densitométrie non remboursée par la Sécurité Sociale	0%	30% FR + 15 €	30% FR + 15 €		Prescription + Facture ⁽³⁾
MÉDICAMENTS					
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	65% / 30% / 15%	35% / 70% / 85%	100%		
Médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale	0%	30% FR	30% FR limité à 50 € / an		Prescription + Facture ⁽³⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE					
Analyses et examens de laboratoire remboursés par la Sécurité Sociale (Y compris HPV⁽⁴⁾)	60% ou 100%	40% ou 0%	100%		
Analyses et examens de laboratoire non remboursés par la Sécurité Sociale	0%	30% FR	30% FR limité à 50 € / an		Prescription + Facture ⁽³⁾
HONORAIRES PARAMÉDICAUX					
Soins infirmier , Massages, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie	60%	40%	100%		
Indemnités de déplacement	70%	30%	100%		
Pédiatrie et Podologie remboursées ou non par la Sécurité Sociale⁽⁵⁾	60% / 100% / 0%	40% ou 0% + 20€/séance	100% + 20€/séance		Facture ⁽³⁾ si non prise en charge SS
APPAREILLAGE DIVERS ET MATÉRIEL MÉDICAL					
Petits appareillages, accessoires, orthopédie remboursés par la Sécurité Sociale	60%	40% + 50€ par acte	100% + 50€ par acte		Facture ⁽³⁾
Petits appareillages, accessoires, orthopédie non remboursés par la SS	0%	50€ par acte	50€ par acte		Prescription + Facture ⁽³⁾
Prothèse (mammaire, postiche, oculaire)	100%	150€	100% + 150€ par acte		Facture ⁽³⁾

Les garanties au 1^{er} Janvier 2025 du contrat de base Noir / Blanc

> Hospitalisation

Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels		Justificatifs à fournir à la Mutuelle
	Contrat de base Noir / Blanc	Remboursement total	

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

HONORAIRES	Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels		Justificatifs à fournir à la Mutuelle
	Contrat de base Noir / Blanc	Remboursement total	
Honoraires DPTAM ⁽²⁾	80% ou 100%	100%	Facture acquittée accompagnée du bordereau
Honoraires HORS DPTAM ⁽²⁾	80% ou 100%	100%	détaillé délivré par l'établissement
Frais de séjour	80% ou 100%	100%	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Forfait hospitalier Médical, Chirurgical, Convalescence	0%	Tarif en vigueur	
Forfait hospitalier Psychiatrie	0%	Tarif en vigueur	
Participation forfaitaire pour acte lourd	0%	24€	Franchise SS pour acte > à 120€ /séjour, 1 fois par séjour
Chambre particulière Médicale, Chirurgicale (limitée à 90 jours par an)	0%	65€ / nuitée	
Chambre particulière Psychiatrie / Convalescence (limitée à 60 jours par an)	0%	65€ / nuitée	
Chambre en ambulatoire	0%	0%	
Forfait Patient Urgence (FPU)	0%	Tarif en vigueur	
Hébergement accompagnement enfant de moins de 16 ans	0%	31€ / nuitée	Facture ⁽³⁾
Péridurale - Amniocentèse	70%	30%	
Forfait des dépenses liées à l'hospitalisation en Maternité ⁽⁶⁾	0%	145€	Pour la maman adhérente; présentation des justificatifs de frais restants à charge
Cures Thermales soins – honoraires	65% ou 70%	100%	Une cure par an
Frais inhérents à la cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale	0%	150€ / an	Facture ⁽³⁾
Transport (sauf cure) ⁽⁷⁾	65% ⁽⁷⁾	35% ⁽⁷⁾	Prescription ⁽⁷⁾

Selon la loi:

1- Limitation à un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 ans (date d'achat) à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu réglementairement, notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue

> Optique

2- Participation forfaitaire intégrant le remboursement du Régime Obligatoire et le Ticket Modérateur. **Monture limitée à 100€** y compris les prestations d'appariage des verres de classe A et du supplément pour verres avec filtre.

ÉQUIPEMENT «100% SANTÉ»			
Verres, monture tels que définis réglementairement ⁽⁸⁾	60% ou 100%	100% FR - SS	100% FR
ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER B (TARIFS LIBRES SANS PLV) AVEC UNE PRISE EN CHARGE MAXIMUM DE 100€ POUR LA MONTURE			
Verres uni focaux, montures (catégorie A) ⁽⁹⁾	60% ou 100%	Limité à 150€	Limité à 150€
Verres mixtes, montures (catégories B et D) ⁽⁹⁾	60% ou 100%	Limité à 225€	Limité à 225€
Verres progressifs, montures (catégories C, E et F) ⁽⁹⁾	60% ou 100%	Limité à 300€	Limité à 300€
AUTRES PRESTATIONS			
Lentilles de contact remboursées par la Sécurité Sociale	0%, 60% ou 100%	Limité à 200€(an hors TM)	Limité à 200€(an hors TM)
Lentilles de contact non remboursées par la Sécurité Sociale	0%	Sur la base reconstituée de 39,48€ par lentille	Sur la base reconstituée de 39,48€ par lentille
Chirurgie de la myopie	0%	153€ / oeil / an	153€ / oeil / an

Les garanties au 1^{er} Janvier 2025 du contrat de base Noir / Blanc

> Aides auditives ⁽¹⁰⁾

Selon les règles de la réforme 100 % Santé :
Limitation à un équipement/oreille par période de 4 ans
(date de facturation)

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels		Justifiatifs à fournir à la Mutuelle
	Contrat de base Noir / Blanc	Remboursement total	
NOUVEAU 100% SANTÉ 2021			
ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER «100% SANTÉ»			
LE REMBOURSEMENT DES ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ EST INTÉGRAL DANS LA LIMITE DES PRIX LIMITES DE VENTE			
Prothèse auditive	60%	100% FR - SS	100% FR
ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER «TARIFS LIBRES»			
Prothèse auditive	60%	500€ / prothèse	60% + 500€ / prothèse limité à 1700€ par prothèse
AUTRES PRESTATIONS			
Réparation, entretien et piles pour prothèses auditives ⁽¹¹⁾	60%	40%+30% FR limité à 90€/an	100% + 30% FR limité à 90€/an Prescription + Facture ⁽³⁾

> Dentaire

100% SANTÉ DÈS LE 1^{ER} JANVIER 2020 ⁽⁶⁾			
SOINS ET PROTHÈSES «100% SANTÉ» ⁽⁸⁾			
PRISE EN CHARGE INTÉGRALE			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	100% FR - SS	100% FR
Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	100% FR - SS	100% FR
SOINS DENTAIRES PROTHÉTIQUES DANS L'UN DES PANIERS «TARIFS MAÎTRISÉS» OU «TARIFS LIBRES»			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale ^(8 bis)	70% ou 100%	210% ou 180% limité à 2250€/an hors TM	280% limité à 2250€/an hors TM
Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale ^(8 bis)	70% ou 100%	130% ou 100% limité à 2250€/an hors TM	200% limité à 2250€/an hors TM
AUTRES PRESTATIONS			
Soins dentaires	60%	40%	100%
Parodontie remboursée par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	230% ou 200% limité à 2250€/an hors TM	300% limité à 2250€/an hors TM
Prothèses dentaires, Inlays-onlays, Inlays-core et Parodontie non remboursés par la Sécurité Sociale	0%	40% FR limité à 500€/an	40% FR limité à 500€/an Facture avec nature des actes ⁽³⁾
Implantologie	0%	40% FR limité à 500€/implant et 2 implants/an	40% FR limité à 500€/implant et 2 implants/an Facture avec nature des actes ⁽³⁾
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100%	100%	200%
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (tarif convention reconstitué) limité à 4 semestres de traitement + 2 semestres pour la contention	0%	100%	100% Facture avec nature et date des soins ⁽³⁾

Les garanties au 1^{er} Janvier 2025 du contrat de base Noir / Blanc

➤ Bien être et prévention

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels		Justifiatifs à fournir à la Mutuelle
	Contrat de base Noir / Blanc	Remboursement total	
Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie ⁽¹²⁾	30 €/séance	30 €/séance	Facture ⁽⁸⁾ Limité à 4 séances/an/spécialité
Acupuncture ⁽¹²⁾ , Homéopathie	20 €/séance	20 €/séance	Facture ⁽⁸⁾
Consultation Psychologue ⁽¹³⁾	40%	100%	Limité à un nombre de séances/an déterminé par voie réglementaire
Vaccins remboursés par la Sécurité Sociale	30%	100%	
Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale	FR (limité à 50 €/an)	FR (limité à 50 €/an)	Prescription + Facture ⁽⁸⁾
Sevrage tabagique ⁽¹⁴⁾	Forfait 80 €/an	65% + Forfait 80 €/an	Prescription + Facture ⁽⁸⁾
Aliments sans gluten	100%	160% ou 200%	Prescription + Facture ⁽⁸⁾

Lexique

(1) Sauf indication contraire, les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(2) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM et OPTAM-CO désignent les options des contrats passés entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie

(3) Fournir les factures originales acquittées

(4) Test HPV (dépistage du cancer du col de l'utérus)

(5) Y compris bilan postural

(6) Le forfait est versé lors de la naissance, qu'elle soit simple ou multiple.

(7) La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés.

Lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en oeuvre de transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins, ses frais de transport sont pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration déterminé par voie réglementaire.

(8) Le panier 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiology. La Mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire.

(8 bis) S'effectue dans la limite des HLF pour tarifs maîtrisés, mais pas de HLF pour tarifs libres.

(9) Voir fiche jointe pour optique

(10) Pour l'ensemble des aides auditives («classe 1» et «classe 2») : limitation à un équipement/par oreille par période de 4 ans (date de facturation). Sont pris en compte dans cette période les aides auditives facturées depuis le 01/01/2019.

(11) Remboursement SS des piles sans mercure : le nombre de paquets pris en charge par an dépend du modèle de piles (10 : 10 par an, 312 : 7 par an, 13 : 5 par an, 675 : 3 par an) ; tarif unitaire 1,50 €/par appareil

(12) Ces professions étant réglementées, les praticiens et spécialistes doivent être inscrits aux répertoires ADEL ou RTPS pour donner lieu à remboursement RC.

(13) Prise en charge d'un nombre de séances maximum par an déterminé par voie réglementaire, suite à une orientation par le médecin traitant vers un psychologue inscrit au répertoire du dispositif gouvernemental.

(14) Pour les traitements de substitution nicotinique.

RO = Régime obligatoire

RC = Régime complémentaire

SS = Sécurité Sociale

FR = Frais réels

TM = Ticket Modérateur : quote-part que la Sécurité Sociale laisse à la charge par rapport à la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Hors TM = Au delà du ticket modérateur

Les dépassements d'honoraires doivent être notifiés sur le décompte SS

Les garanties ci-après sont exprimées en complément du régime général de l'Assurance Maladie ⁽¹⁾.

Les garanties au 1^{er} Janvier 2025 du contrat Plus Couleur

Justificatifs à fournir
à la Mutuelle

Remboursement Mutuelle
Dans la limite des frais réels
Contrat Plus
Couleur
Remboursement
total

Régimes
Obligatoires
RO

> Soins courants

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

HONORAIRES MÉDICAUX

Consultation (y compris téléconsultation prise en charge par la Sécurité Sociale) et visite Généraliste DPTAM ⁽²⁾

70% ou 100%

80% ou 50%

150%

Consultation (y compris téléconsultation prise en charge par la Sécurité Sociale) et visite Généraliste HORS DPTAM ⁽²⁾

70% ou 100%

60% ou 30%

130%

Consultation et visite Spécialiste DPTAM ⁽²⁾

70% ou 100%

130% ou 100%

200%

Consultation et visite Spécialiste HORS DPTAM ⁽²⁾

70% ou 100%

110% ou 80%

180%

Actes de technique médicale et de petite chirurgie en Externe DPTAM ⁽²⁾

70% ou 100%

60% ou 30%

130%

Actes de technique médicale et de petite chirurgie en Externe HORS DPTAM ⁽²⁾

70% ou 100%

40% ou 10%

110%

Radiologie (y compris Densitométrie remboursée par la Sécurité Sociale - DPTAM ⁽²⁾)

70% ou 100%

30% ou 0%

100%

Radiologie (y compris Densitométrie remboursée par la Sécurité Sociale - Hors DPTAM ⁽²⁾)

70% ou 100%

30% ou 0%

100%

Densitométrie non remboursée par la Sécurité Sociale

0%

30% FR + 15 €

30% FR + 15 €

Prescription + Facture ⁽³⁾

MÉDICAMENTS

Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale

65% / 30% / 15%

35% / 70% / 85%

100%

Médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale

0%

30% FR

30% FR limité à 80 € / an

Prescription + Facture ⁽³⁾

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyses et examens de laboratoire remboursés par la Sécurité Sociale
(Y compris HPV ⁽⁴⁾)

60% ou 100%

40% ou 0%

100%

Analyses et examens de laboratoire non remboursés par la Sécurité Sociale

0%

30% FR

30% FR limité à 80 € / an

Prescription + Facture ⁽³⁾

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Soins infirmiers, Massages, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie

60%

40%

100%

Indemnités de déplacement

70%

30%

100%

Pédiatrie et Podologie remboursées ou non par la Sécurité Sociale ⁽⁵⁾

60% / 100% / 0%

40% ou 0% + 20 €/séance

100% + 20 €/séance

Facture ⁽³⁾ si non prise en charge SS

APPAREILLAGE DIVERS ET MATERIEL MEDICAL

Petits appareillages, accessoires, orthopédie remboursés par la Sécurité Sociale

60%

40% + 80 € par acte + 200 €/an

100% + 80 € par acte + 200 €/an

Facture ⁽³⁾

Petits appareillages, accessoires, orthopédie non remboursés par la SS

0%

80 € par acte + 200 €/an

80 € par acte + 200 €/an

Prescription + Facture ⁽³⁾

Prothèse (mammaire, postiche, oculaire)

100%

230 € + 200 €/an

100% + 230 € par acte + 200 €/an

Facture ⁽³⁾

Les garanties au 1^{er} Janvier 2025 du contrat Plus Couleur

> Hospitalisation

Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels		Justificatifs à fournir à la Mutuelle
	Contrat Plus Couleur	Remboursement total	
Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale			
HONORAIRES			
Honoraires DPTAM ⁽²⁾	80% ou 100%	80% ou 60%	Facture acquittée accompagnée du bordereau
Honoraires HORS DPTAM ⁽²⁾	80% ou 100%	60% ou 40%	détaillé délivré par l'établissement
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Forfait hospitalier Médical, Chirurgical, Convalescence	Sans limite de durée		
Forfait hospitalier Psychiatrie	Sans limite de durée		
Participation forfaitaire pour acte lourd	0%	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur
Chambre particulière Médicale, Chirurgicale (limitée à 90 jours par an)	0%	24€	24€
Chambre particulière Psychiatrie / Convalescence (limitée à 60 jours par an)	0%	65€ / nuitée	65€ / nuitée
Chambre en ambulatoire	0%	65€ / nuitée	65€ / nuitée
Forfait Patient Urgence (FPU)	0%	20€	20€
Hébergement accompagnement enfant de moins de 16 ans	0%	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur
Périodurale - Amniocentèse	70%	31€ / nuitée	31€ / nuitée
Forfait des dépenses liées à l'hospitalisation en Maternité ⁽⁶⁾	0%	30%	100%
Cures Thermales soins - honoraires	0%	145€	145€
Frais inhérents à la cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale	65% ou 70%	35% ou 30%	100%
Transport (sauf cure) ⁽⁷⁾	0%	150€ / an	150€ / an
	65% ⁽⁷⁾	35% ⁽⁷⁾	100% ⁽⁷⁾
2- Participation forfaitaire intégrant le remboursement du Régime Obligatoire et le Ticket Modérateur. Monture limitée à 100€ y compris les prestations d'appairage des verres de classe A et du supplément pour verres avec filtre.			
PRISE EN CHARGE INTÉGRALE			
Verres, monture tels que définis réglementairement	60% ou 100%	100% FR - SS	100% FR
ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER B (TARIFS LIBRES SANS PLV) AVEC UNE PRISE EN CHARGE MAXIMUM DE 100€ POUR LA MONTURE			
Verres uni focaux, montures (catégorie A) ⁽⁹⁾	60% ou 100%	Limité à 300€	Limité à 300€
Verres mixtes, montures (catégories B et D) ⁽⁹⁾	60% ou 100%	Limité à 375€ / an	Limité à 375€
Verres progressifs, montures (catégories C, E et F) ⁽⁹⁾	60% ou 100%	Limité à 450€	Limité à 450€
AUTRES PRESTATIONS			
Lentilles de contact remboursées par la Sécurité Sociale	0%, 60% ou 100%	Limité à 350€ (an hors TM)	Limité à 350€ (an hors TM)
Lentilles de contact non remboursées par la Sécurité Sociale	0%	Sur la base reconstituée de 39,48€ par lentille	Sur la base reconstituée de 39,48€ par lentille
Chirurgie de la myopie	0%	153€ / oeil / an + 150€ / an	153€ / oeil / an + 150€ / an

Les garanties au 1^{er} Janvier 2025 du contrat Plus Couleur

➤ Aides auditives (10)

Selon les règles de la réforme 100 % Santé :
Limitation à un équipement/oreille par période de 4 ans
(date de facturation)

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels		Justificatifs à fournir à la Mutuelle
	Contrat Plus Couleur	Remboursement total	
ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER «100% SANTÉ» (11)			
Prothèse auditive	60%	100% FR - SS	100% FR
ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER «TARIFS LIBRES»			
Prothèse auditive	60%	650 €/ prothèse + 150 €	60% + 650 €/ prothèse + 150 € limité à 1700 € par prothèse
AUTRES PRESTATIONS			
Réparation, entretien et piles pour prothèses auditives (11)	60%	40%+30% FR limité à 90 €/an	100% + 30% FR limité à 90 € / an Prescription + Facture (3)
➤ Dentaire			
SOINS ET PROTHESES «100% SANTÉ» (8)			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	100% FR - SS	100% FR
Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	100% FR - SS	100% FR
SOINS DENTAIRES PROTHÉTIQUES DANS L'UN DES PANIERS «TARIFS MAÎTRISÉS» OU «TARIFS LIBRES»			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale (8 bis)	70% ou 100%	210% ou 180% + 150 €/ prothèse limité à 3000 €/an hors TM	280% + 150 €/prothèse limité à 3000 €/an hors TM
Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale (8 bis)	70% ou 100%	130% ou 100% + 150 €/ prothèse limité à 3000 €/ an hors TM	200% + 150 €/prothèse limité à 3000 €/an hors TM
AUTRES PRESTATIONS			
Soins dentaires	60%	40%	100%
Parodontie remboursée par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	230% ou 200% + 150 €/ par acte limité à 3000 €/an hors TM	300% + 150 €/acte limité à 3000 €/an hors TM
Prothèses dentaires, Inlays-onlays, Inlays-core et Parodontie non remboursés par la Sécurité Sociale	0%	50% FR + 200 €/prothèse limité à 650 €/an	50% FR + 200 €/prothèse limité à 650 €/an Facture avec nature des actes (3)
Implantologie	0%	50% FR + 200 € limité à 650 €/ implant et 2 implants/an	50% FR + 200 € limité à 650 €/ implant et 2 implants/an Facture avec nature des actes (3)
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100%	100% + 200 €/an hors TM	200% + 200 €/an hors TM
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (tarif convention reconstitué) limité à 4 semestres de traitement + 2 semestres pour la contention	0%	100% + 200 €/an	100% + 200 €/an Facture avec nature et date des soins (3)

Les garanties au 1^{er} Janvier 2025 du contrat Plus Couleur

> Bien être et prévention

Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels		Justificatifs à fournir à la Mutuelle
	Contrat Plus Couleur	Remboursement total	
Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie ⁽¹²⁾	30 €/séance	30 €/séance	Facture ⁽⁸⁾ Limité à 6 séances/an/spécialité
Acupuncture ⁽¹²⁾ , Homéopathie	20 €/séance	20 €/séance	Facture ⁽⁸⁾
Consultation Psychologue ⁽¹³⁾	40%	100%	Limité à un nombre de séances/an déterminé par voie réglementaire
Vaccins remboursés par la Sécurité Sociale	30%	100%	
Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale	FR (limité à 50 €/an)	FR (limité à 50€/an)	Prescription + Facture ⁽⁸⁾
Sevrage tabagique ⁽¹⁴⁾	Forfait 80€/an	65% + Forfait 80€/an	Prescription + Facture ⁽⁸⁾
Aliments sans gluten	100%	160% ou 200%	Prescription + Facture ⁽⁸⁾

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

Lexique

(1) Sauf indication contraire, les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(2) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM et OPTAM-CO désignent les options des contrats passés entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie

(3) Fournir les factures originales acquittées

(4) Test HPV (dépistage du cancer du col de l'utérus)

(5) Y compris bilan postural

(6) Le forfait est versé lors de la naissance, qu'elle soit simple ou multiple.

(7) La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés.

Lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en oeuvre de transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins, ses frais de transport sont pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration déterminé par voie réglementaire.

(8) Le panier 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiology. La Mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire.

(8 bis) S'effectue dans la limite des HLF pour tarifs maîtrisés, mais pas de HLF pour tarifs libres.

(9) Voir fiche jointe pour optique

(10) Pour l'ensemble des aides auditives («classe 1» et «classe 2») : limitation à un équipement/par oreille par période de 4 ans (date de facturation). Sont pris en compte dans cette période les aides auditives facturées depuis le 01/01/2019.

(11) Remboursement SS des piles sans mercure : le nombre de paquets pris en charge par an dépend du modèle de piles (10 : 10 par an, 312 : 7 par an, 13 : 5 par an, 675 : 3 par an) ; tarif unitaire 1,50 €/par appareil

(12) Ces professions étant réglementées, les praticiens et spécialistes doivent être inscrits aux répertoires ADEL ou RTPS pour donner lieu à remboursement RC.

(13) Prise en charge d'un nombre de séances maximum par an déterminé par voie réglementaire, suite à une orientation par le médecin traitant vers un psychologue inscrit au répertoire du dispositif gouvernemental.

(14) Pour les traitements de substitution nicotinique.

RO = Régime obligatoire

RC = Régime complémentaire

SS = Sécurité Sociale

FR = Frais réels

TM = Ticket Modérateur : quote-part que la Sécurité Sociale laisse à la charge par rapport à la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Hors TM = Au delà du ticket modérateur

Les dépassements d'honoraires doivent être notifiés sur le décompte SS

Exemples de remboursements (1)

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Couleur				N/B	
	Tarifite plus souvent facturé ou tarif réglementé	Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) (3)	Remboursement Assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Assurance maladie complémentaire Garantie Couleur	Reste à Charge	Reste à Charge
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrie)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €	20 € (15 €)
Chambre particulière	NC	Non Remboursé	Non Remboursé	65€/nuitée (limitée à 90j/an pour la médecine et chirurgie - 60 jrs/an pour la psychiatrie et convalescence).	Selon le tarif facturé	65€/nuitée (limitée à 90jrs/an pour la médecine et chirurgie - 60 jrs/an pour la psychiatrie et convalescence).
Séjour avec actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé						
Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €	24 €
Frais de séjour en secteur privé	794,04 €	794,04 €	770,04 €	24 €	0 €	24 €
Honoraires des médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassement maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat
Opération en secteur privé : honoraire chirurgical	413 €	271,70 €	271,70 €	141,30 €	0 €	141,30 €
Honoraires des médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	451 €	271,70 €	271,70 €	108,68 €	70,62 €	179,30 €
Séjour sans actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public						
Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €	20 % BR
Frais de séjour en secteur public	3 333,75 €	3 333,75 €	2 667,00 €	666,75 €	0 €	666,75 €
Soins courants						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR	2 € participation forfaitaire	2 € participation forfaitaire
Exemple : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2 € participation forfaitaire	2 € participation forfaitaire
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0 €	0 €
Exemple : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	37,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	2 € participation forfaitaire	2 € participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € participation forfaitaire + dépassement selon contrat	2 € participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Exemple : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0 €	0 €
Exemple : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	44,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	2 € participation forfaitaire	3,50 €
Honoraires des médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € participation forfaitaire + dépassement selon contrat	2 € participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 ans à 16 ans	55,00 €	34,50 €	24,15 €	10,35 €	0,00 €	20,50 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	58,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	17,60 €	2 € participation forfaitaire
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	selon contrat
Ex. : achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	10,99 €	0 €	0 €

		Couleur			N/B		
Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) (3)	Remboursement Assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Assurance maladie complémentaire Garantie Couleur	Reste à Charge	Remboursement Assurance maladie complémentaire (AMC) Garantie Noir/Blanc	Reste à Charge
Dentaire							
Soins et prothèses 100 % Santé	Honoraire limite de facturation (HLE)	BR	60 % BR	428,00 €	0 €	428,00 €	0 €
Ex. : Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	72,00 €				
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex. : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex. : couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	120,00 €	72,00 €	414,00 €	61,90 €	264,00 €	211,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex. : traitement par semestre (6 semestres maximum)	720 €	193,50 €	193,50 €	395,50 €	133,00 €	193,50 €	333,00 €
Optique							
Equipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV (4)	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV (4)	0 €
Exemple : verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
Exemple : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Equipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Exemple : verres simples et monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €		39,00 €	149,94 € (2 verres) + 99,97 € (monture)	89,00 €
Exemple : verres progressifs et monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	449,94 € (2 verres) + 99,97 € (monture)	51,00 €	299,94 € (2 verres) + 99,97 € (monture)	204,00 €
 Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	39,48 € / oeil par an	Selon le tarif facturé	39,48 € / oeil par an	Selon le tarif facturé
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Exemple : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	153 € / oeil / an + forfait de 150€ / an	Selon le tarif facturé	153 € / oeil / an	Selon le tarif facturé
Aides auditives							
Equipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	Selon contrat	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €	710 €	0 €
Equipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 534 €	400 €	240 €	650 € / oreille + forfait de 150 € / an dans la limite de 1700€	494 €	500 € / oreille	794 €

(1) : Les exemples de remboursements sont données pour un assuré sans taux de prise en charge particulière et respectant le parcours de soins coordonnés.

(2) : Les contrats sont dits «responsables» quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

(3) : la BR est un tarif de «référence» fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

(4) : Prix Limite de Vente.

LIVRET DE L'ADHÉRENT EPC



LivretPartEPC - 01/01/2025



UNMI'Mut - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le
SIREN 851 629 162

Siège social 70 boulevard de Courcelles 75017 PARIS