



Janvier
2018

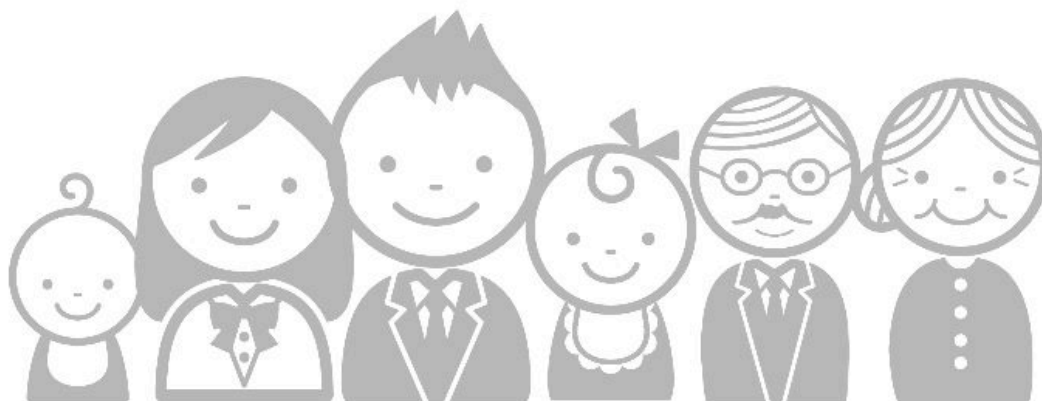
Livret de l'adhérent



Contenu du Livret de l'Adhérent

1^{er} janvier 2018

C onseil d'administration 2 0 1 7	3
D é l é g u é s A G 2 0 1 7	4
P our nous contacter et vous informer	5
Statuts	6
R è g l e m e n t M u t u a l i s t e S a n t é d e l a M u t u e l l e E P C	24
C o n v e n t i o n "T i e r s p a y a n t g é n é r a l"	35



Conseil d'administration 2017

Présidente	LE NOUYS Danièle
Vice-président	TIXIER Jean-Pierre
Secrétaire générale	MARCHADIER Catherine
Secrétaire général adjoint	BOUILLET Jean
Trésorier général	BADET Louis
Trésorière générale adjointe	SAUMONNEAU Sylvie
Administrateurs	CHANTALOU Auguste
	DENISARD Nicole
	DERAIN Jean-François
	DESBROSSES Michel
	DESCHAUMES Lisa
	DESMURS Christian
	GONTHEY Serge
	IMBERT Christian
	LAFITTE Jean-Pierre
	LEGRAND Annie
	OUDOT Jean-Paul
	ROUX Gérard
	WETTLING Danielle
Présidente d'honneur	JEANNIN Danièle
Administrateurs honoraires	DELAHAYE Gilbert
	HOLTZMANN Jeanne

Délégués AG 2017

SECTIONS	DELEGUES
<p>1 Paris Grande couronne Petite couronne</p> <p>75-92-93-94-77-78-91-95</p>	<p>BADET Louis BURNET Nicole GARNIER Jean-Claude GUILLEMOT Simone MARCHADIER Catherine PAGES René PERRET Arlette RUTKOWSKI Sandie</p>
<p>2 Nord Ouest</p> <p>44-49-53-72-85-18-28-36-37-41-45-14-50-61-27-76-22-29-35-56</p>	<p><i>Aucun délégué</i></p>
<p>3 Nord Est</p> <p>08-10-51-52-59-62-80-02-60-54-55-57-88-21-58-71-89-67-68-25-39-70-90</p>	<p>BLANDENET Charles CHANTALOU Auguste DERAÏN Jean-François DESBROSSES Michel GAUTIER Patrice GONTHEY Anne-Marie LEGRAND Annie OUDOT Jean-Paul PRENAS Lyliane WETTLING Laurent</p>
<p>4 Sud Est</p> <p>11-30-34-48-66-04-08-13-05-83-84-03-15-43-63-01-07-26-38-42-69-73-74-20</p>	<p>DINHUT Claude LASSERRE Claude PICHOT Hugues</p>
<p>5 Sud Ouest</p> <p>09-12-32-31-65-46-81-82-16-17-79-86-19-23-87-24-33-40-47-64-97-99</p>	<p>LAFITTE Jean-Pierre DENISARD Nicole</p>

Pour nous contacter et vous informer

Par téléphone :

- Tous les jours ouvrés : **de 9 h à 12 h** et **de 13 h 30 à 17 h**

Partout en France au : 01.40.46.10.02

Par Internet :

- Laissez vos messages à l'adresse : [**contact@mutuelle-epc.com**](mailto:contact@mutuelle-epc.com)
- Consultez le site de votre Mutuelle : [**www.mutuelle-epc.com**](http://www.mutuelle-epc.com)
vous y trouverez en plus des informations générales vos données personnelles et remboursements vous concernant ainsi que les documents utiles (le livret de l'adhérent, le bulletin d'adhésion, le bulletin de parrainage, etc).

Par courrier au service administratif :

Mutuelle EPC
FMP
CS 71121
75134 PARIS CEDEX 11

Indépendamment de la Mutuelle :

Bénéficiez de réponses à toutes vos questions de santé



Votre code d'accès à Priorité Santé Mutualiste : **1048**

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

Vous pouvez saisir les médiateurs de la FNMF selon l'article 25 du Règlement mutualiste

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

MUTUELLE EPC



STATUTS

En application du code
de la Mutualité
Annexe à l'ordonnance
n° 2001-350 du 19 avril 2001

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II
du Code de la Mutualité, immatriculée au
Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 391 399 326

Statuts

TITRE I. FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	9
Chapitre 1. FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE	9
ARTICLE 1 - Dénomination de la Mutuelle	9
ARTICLE 2 - Siège de la Mutuelle	9
ARTICLE 3 - Objet de la Mutuelle	9
ARTICLE 4 - Règlement mutualiste	9
ARTICLE 5 - Respect de l'objet des Mutuelles	10
Chapitre 2. CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION	10
Section I - ADHESION	10
ARTICLE 6 - Catégorie de membres	10
ARTICLE 7 - Adhésion individuelle	10
Section II - DEMISSION, RADIATION, EXCLUSION	10
ARTICLE 8 - Démission	10
ARTICLE 9 - Radiation	10
ARTICLE 10 - Exclusion	11
ARTICLE 11 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion	11
TITRE II. ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	11
Chapitre 1. ASSEMBLEE GENERALE	11
Section I - COMPOSITION, ELECTIONS	11
ARTICLE 12 - Sections de vote	11
ARTICLE 13 - Composition de l'Assemblée générale	11
ARTICLE 14 - Election des délégués	11
ARTICLE 15 - Vacance en cours de mandat d'un délégué de section	12
ARTICLE 16 - Nombre de délégués	12
ARTICLE 17 - Empêchement	12
Section II - REUNION DE L'ASSEMBLEE GENERALE	12
ARTICLE 18 - Convocation annuelle obligatoire	12
ARTICLE 19 - Autres convocations	12
ARTICLE 20 - Modalités de convocation de l'Assemblée générale	12
ARTICLE 21 - Ordre du jour	12
ARTICLE 22 - Compétences de l'Assemblée générale	13
ARTICLE 23 - Modalités de vote de l'Assemblée générale	13
ARTICLE 24 - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale	14
ARTICLE 25 - Délégation de pouvoir de l'Assemblée générale	14
Chapitre 2. CONSEIL D'ADMINISTRATION	14
Section I - COMPOSITION, ELECTIONS	14
ARTICLE 26 - Composition	14
ARTICLE 27 - Présentation des candidatures	14
ARTICLE 28 - Conditions d'éligibilité – limite d'âge	14
ARTICLE 29 - Modalités de l'élection	15
ARTICLE 30 - Durée du mandat	15
ARTICLE 31 - Renouvellement du Conseil d'administration	15
ARTICLE 32 - Vacance	15
Section II - REUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	15
ARTICLE 33 - Réunions	15
ARTICLE 34 - Délibérations du Conseil d'administration	16
ARTICLE 35 - Démission d'office	16

Section III - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	16
ARTICLE 36 - Compétences du Conseil d'administration	16
ARTICLE 37 - Délégations d'attributions par le Conseil d'administration	16
Section IV - STATUT DES ADMINISTRATEURS	16
ARTICLE 38 - Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais	16
ARTICLE 39 - Remboursement des frais aux administrateurs	17
ARTICLE 40 - Situation et comportements interdits aux administrateurs	17
ARTICLE 41 - Obligations des administrateurs	17
ARTICLE 42 - Responsabilité	17
Chapitre 3. PRESIDENT ET BUREAU	17
Section I - ELECTION ET MISSIONS DU PRESIDENT	17
ARTICLE 43 - Election et révocation	17
ARTICLE 44 - Vacance	17
ARTICLE 45 - Missions	18
Section II - ELECTION, COMPOSITION DU BUREAU	18
ARTICLE 46 - Election	18
ARTICLE 47 - Composition	18
ARTICLE 48 - Réunions et délibérations	18
ARTICLE 49 - Le Vice-président	19
ARTICLE 50 - Le Secrétaire général	19
ARTICLE 51 - Le Secrétaire général adjoint	19
ARTICLE 52 - Le Trésorier général	19
ARTICLE 53 - Le Trésorier général adjoint	19
Chapitre 4. COMITES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	20
ARTICLE 54 - Comité d'audit	20
Chapitre 5. ORGANISATION FINANCIERE	20
Section I - PRODUITS ET CHARGES	20
ARTICLE 55 - Produits	20
ARTICLE 56 - Charges	20
ARTICLE 57 - Vérifications préalables	20
Section II - MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS - REGLES DE SECURITE FINANCIERE	21
ARTICLE 58 - Placement et retrait des fonds	21
ARTICLE 59 - Règles de sécurité financière	21
ARTICLE 60 - Fonds de solvabilité complémentaire	21
ARTICLE 61 - Système Fédéral de Garantie	21
Section III - COMMISSION DE CONTROLE ET COMMISSAIRE AUX COMPTES	21
ARTICLE 62 - Commissaire aux comptes	21
Section IV - FONDS D'ETABLISSEMENT	22
ARTICLE 63 - Montant du fonds d'établissement	22
TITRE III. INFORMATION DES ADHERENTS	22
ARTICLE 64 - Etendue de l'information	22
TITRE IV. DISPOSITIONS DIVERSES	22
ARTICLE 65 - Dissolution volontaire et liquidation	22
ARTICLE 66 - Interprétation	22

Statuts

TITRE I. FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre 1. FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1 - Dénomination de la Mutuelle

La Mutuelle dénommée EPC est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le Code de la mutualité et soumise aux dispositions du livre II. *La Mutuelle est immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 391 399 326.*

ARTICLE 2 - Siège de la Mutuelle

Le siège social de la Mutuelle est situé au-78 Bd Saint-Germain – 75240 PARIS CEDEX 05 et le siège administratif CS 71121 – 75011 PARIS.

ARTICLE 3 - Objet de la Mutuelle

La Mutuelle a pour objet :

- de réaliser les opérations d'assurance couvrant les risques de dommages corporels liés à la maladie et à des accidents de la vie courante (branches 1 et 2, telles que définies à l'article L.211-7 du Code de la mutualité), à l'exclusion des dommages définis par le Règlement mutualiste et garantir ces mêmes risques en substitution, coassurance ou réassurance.
- de participer à la CMUC dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires.
- de présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance et déléguer de manière totale ou partielle sa gestion.

Elle gère également un Fonds social ayant pour objet de verser, à titre exceptionnel, des aides ou secours, tels que définis par le Règlement mutualiste.

Sous certaines conditions, la Mutuelle peut créer avec des Mutuelles ou Unions du Livre III une Union régie par le Livre III ayant pour objet de faciliter et de développer, en les coordonnant des activités sanitaires, sociales et culturelles.

Elle peut s'affilier à une société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM).

Certificats mutualistes

En vue de l'alimentation de son fonds d'établissement, la mutuelle peut émettre des certificats mutualistes dans les conditions de l'article L221-19 et suivant du Code de la Mutualité

ARTICLE 4 - Règlement mutualiste

En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, un Règlement mutualiste, adopté par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration, définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le Règlement mutualiste détermine les conditions d'application des présents Statuts.

Le Conseil d'administration peut apporter au Règlement mutualiste des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la prochaine Assemblée générale.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer, au même titre qu'aux Statuts.

ARTICLE 5 - Respect de l'objet des Mutuelles

Les organes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L.111-1 du Code de la mutualité et s'engagent à respecter les principes inscrits dans la charte de la Mutualité Française.

Chapitre 2.

CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Section I - ADHESION

ARTICLE 6 - Catégorie de membres

La Mutuelle se compose des membres participants qui sont les personnes physiques versant une cotisation et bénéficiant ou faisant bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

ARTICLE 7 - Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la Mutuelle, les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 6 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts et des droits et obligations définis par le Règlement mutualiste.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des Statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

Des adhésions peuvent également être réalisées à la demande des services sociaux pour des personnes relevant de l'aide sociale. Il en est de même pour celles qui relèvent des tutelles et curatelles. Les documents justificatifs doivent être joints lors de l'adhésion et renouvelés aux périodes prévues.

Mises à jour administratives de la situation des adhérents :

Le membre participant ou le membre honoraire s'engage à faire connaître à la mutuelle toute modification de sa situation personnelle ou de celle de ses ayants droit bénéficiaires ayant ou non une incidence sur les cotisations et/ou les prestations notamment :

- le changement de domicile,
- le changement de Caisse d'Assurance maladie obligatoire,
- la modification de la composition de la famille,
- le changement de compte bancaire (IBAN ex-RIB).

Section II - DEMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 8 - Démission

La démission est donnée par écrit, par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile sauf stipulations contraires prévues au règlement mutualiste.

ARTICLE 9 - Radiation

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-7 et L.221-17 du Code de la mutualité. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'administration ou sur délégation de celui-ci.

ARTICLE 10 - Exclusion

Peuvent être exclus, les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle ou qui auraient, de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou auraient omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la mutuelle dans les conditions définies aux articles L. 221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration. La décision du Conseil d'administration est applicable immédiatement au jour de sa notification.

ARTICLE 11 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf stipulations contraires prévues au Règlement mutualiste.

La suspension des droits ou l'exclusion d'un membre participant entraîne automatiquement celle de ses ayants droit. Par contre, en cas de radiation ou de démission du membre participant, l'ayant droit qui le souhaite peut devenir lui-même membre participant.

TITRE II. ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre 1. ASSEMBLEE GENERALE

Section I - COMPOSITION, ELECTIONS

ARTICLE 12 - Sections de vote

Tous les membres participant sont répartis en sections de vote.
L'étendue et la composition des sections sont fixées par le Conseil d'administration.

ARTICLE 13 - Composition de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est composée des délégués des sections de vote, à jour de leur cotisation, conformément à la représentativité définie à l'article 16 et selon les effectifs répertoriés au 1^{er} janvier de l'année de l'Assemblée générale.

ARTICLE 14 - Election des délégués

Les membres participants de chaque section élisent parmi eux le ou les délégués à l'Assemblée générale. Le délégué est élu pour six ans tant qu'il conserve sa qualité de membre participant ; il achève son mandat au titre de la section.

Les élections des délégués ont lieu selon le mode de scrutin suivant :

- à bulletin secret,
- à la majorité relative,
- par correspondance.

Les candidats non titulaires, ayant obtenu dans la section le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

Dans l'hypothèse d'un nombre de candidatures inférieur ou égal au nombre de siège de délégués à pourvoir, les candidats sont affectés de droit à la fonction de délégués.

ARTICLE 15 - Vacance en cours de mandat d'un délégué de section

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission, radiation ou exclusion, d'un délégué de section, celui-ci est remplacé par le candidat suppléant ayant obtenu le plus grand nombre de voix. Il peut également être procédé en tant que de besoin à des élections partielles.

ARTICLE 16 - Nombre de délégués

Chaque section de vote élit un délégué titulaire par tranche de 150 membres participants.
Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale.

ARTICLE 17 - Empêchement

En cas d'impossibilité d'assister à l'Assemblée générale, le délégué est remplacé dans ses fonctions par un autre délégué, non administrateur, de sa section de vote ou d'une autre section, sans que le nombre de procurations réunies par le même délégué puisse excéder 2. Un formulaire de vote par procuration est remis à cet effet à tous les délégués lors de l'envoi de la convocation.

Section II - REUNION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

ARTICLE 18 - Convocation annuelle obligatoire

Le Président du Conseil d'administration convoque l'Assemblée générale. Il la réunit au moins une fois par an.

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

ARTICLE 19 - Autres convocations

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le Conseil d'administration,
2. les Commissaires aux comptes,
3. la Commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la mutualité (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), d'office ou à la demande d'un membre participant,
4. un administrateur provisoire nommé par la Commission de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), à la demande d'un membre participant,
5. les liquidateurs.

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

ARTICLE 20 - Modalités de convocation de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion et dans les conditions fixées par la législation en vigueur. La convocation est faite par lettre ordinaire adressée à chaque délégué.

ARTICLE 21 - Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée générale de questions relatives au fonctionnement de la Mutuelle si celles-ci sont demandées par au moins un quart des délégués. Ces questions doivent parvenir au Président du Conseil d'administration sept jours avant la date de l'Assemblée générale.

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

ARTICLE 22 - Compétences de l'Assemblée générale

I – L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

II – L'Assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

1. les modifications des Statuts,
2. les activités exercées,
3. le montant du fonds d'établissement,
4. les montants des cotisations, les rappels de cotisations visés à l'article 55 des présents Statuts, les prestations offertes ainsi que le contenu du Règlement mutualiste défini par l'article L.114-1, 5^{ème} alinéa du Code de la mutualité,
5. l'adhésion à une Union ou à une Fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une Union ou d'une Fédération, la fusion avec une autre Mutuelle ou une Union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une Union,
6. Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
7. le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
8. le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
9. 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,
10. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
11. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
12. le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la mutualité,
13. 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.
14. Le plan prévisionnel de financement.

III – L'Assemblée générale décide :

1. la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
2. les délégations de pouvoir prévues à l'article 25 des présents Statuts,
3. la nomination des Commissaires aux comptes,
4. 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 23 - Modalités de vote de l'Assemblée générale

I – Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des Statuts et du Règlement mutualiste, les activités exercées, le montant du fonds d'établissement, les montants des cotisations, les rappels de cotisation, les prestations offertes, les principes directeurs en matière de réassurance, la délégation de pouvoir prévue à l'article 25 des présents Statuts, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une Mutuelle ou d'une Union, le transfert de portefeuille, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents et représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée générale sera convoquée et délibèrera valablement si le nombre de ses délégués présents et représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

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

II – Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au paragraphe I ci-dessus, l'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents et représentés est au moins égal au quart du total des délégués. A défaut, une seconde Assemblée générale sera convoquée et délibèrera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents et représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Les votes ont lieu à main levée, sauf disposition contraire, en particulier à l'article 34 des présents statuts ou demande exprimée par un tiers au moins des délégués.

Les administrateurs qui ne sont pas délégués assistent à l'Assemblée générale mais ne prennent pas part aux votes.

ARTICLE 24 - 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 adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la mutualité.

Les modifications des montants des cotisations et des prestations sont applicables dès qu'elles ont été communiquées aux adhérents dans les conditions prévues au Règlement mutualiste.

ARTICLE 25 - Délégation de pouvoir de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Conseil d'administration.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées lors de la prochaine Assemblée générale.

Chapitre 2.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section I - COMPOSITION, ELECTIONS

ARTICLE 26 - Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé de 10 administrateurs au moins et 21 administrateurs au plus.

ARTICLE 27 - Présentation des candidatures

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées par écrit au siège de la Mutuelle, au plus tard trente jours avant la date de l'Assemblée générale.

ARTICLE 28 - Conditions d'éligibilité – limite d'âge

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres doivent :

- être membres participants,
- être âgés de 18 ans révolus,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,

- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la mutualité,
- être à jour de leurs cotisations depuis leur adhésion ou au minimum depuis 3 ans.

Le nombre des membres du Conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge de 75 ans, ne peut excéder les deux tiers des membres du Conseil d'administration.

Le dépassement de la part maximale que peuvent 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 29 - Modalités de l'élection

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents Statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'administration sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée générale à la majorité simple au premier tour (scrutin uninominal à un tour).

Dans le cas où les candidats obtiennent un même nombre de suffrages, l'élection est acquise au bénéfice du plus âgé, de moins de 75 ans.

ARTICLE 30 - Durée du mandat

Les membres du Conseil d'administration sont élus pour une durée de trois ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée générale qui vote le renouvellement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du Conseil d'administration 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 à l'article 28,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- 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.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée générale.

ARTICLE 31 - Renouvellement du Conseil d'administration

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers chaque année. Les membres sortants sont rééligibles.

En cas de renouvellement complet, le Conseil d'administration procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

ARTICLE 32 - Vacance

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal (10 administrateurs) du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée générale est convoquée par le Président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

Section II - REUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 33 - Réunions

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

Les Commissaires aux comptes titulaires sont convoqués à toutes les réunions de Conseil qui examinent ou arrêtent les comptes annuels.

Le Président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour qui figure sur la convocation. Cette convocation est envoyée par le Secrétaire général aux membres du Conseil d'administration cinq jours ouvrés au moins avant la date de la réunion, sauf cas d'urgence. La situation d'urgence est souverainement appréciée par le Président ou, à défaut, le Vice-président.

Il peut proposer d'inviter des personnes extérieures à venir exprimer des avis sur des points précis de sujets figurant à l'ordre du jour, au cours des réunions du Conseil d'administration. Le Conseil délibère alors sur l'opportunité de cette invitation. La personne invitée ne peut qu'émettre des suggestions ou des avis.

ARTICLE 34 - Délibérations du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du Président du Conseil d'administration est prépondérante.

Le Conseil d'administration vote obligatoirement à bulletins secrets pour l'élection du Président du Conseil d'administration et des autres membres du Bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

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

ARTICLE 35 - Démission d'office

Les membres du Conseil d'administration peuvent, par décision du Conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence à trois séances au cours de l'année civile. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée générale.

Section III - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 36 - Compétences du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leurs applications.

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

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

ARTICLE 37 - Délégations d'attributions par le Conseil d'administration

Le Conseil peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Bureau, soit au Président du Conseil d'administration, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs Commissions.

Il peut à tout moment retirer aux attributaires l'exécution de ces missions.

Section IV - STATUT DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 38 - Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

La fonction d'administrateur est gratuite.

La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la mutualité.

ARTICLE 39 - Remboursement des frais aux administrateurs

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour, de garde d'enfants dont l'état médical le justifie, dans les conditions déterminées par le Code de la mutualité (article L.114-26).

ARTICLE 40 - Situation et comportements interdits aux administrateurs

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 toutes rémunérations ou avantages autres 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 anciens 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 41 - Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leur mission dans le respect de la loi et des présents Statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre Mutuelle, une Union ou une Fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité.

ARTICLE 42 - Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les 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 3. PRESIDENT ET BUREAU

Section I - ELECTION ET MISSIONS DU PRESIDENT

ARTICLE 43 - Election et révocation

Le Président du Conseil d'administration est élu à bulletins secrets par le Conseil d'administration, pour la durée de son mandat d'administrateur. Il est élu au cours de la première réunion du Conseil d'administration qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration.

La déclaration de candidature aux fonctions de Président du Conseil d'administration doit être adressée au siège de la Mutuelle 15 jours au moins avant la date de l'élection par lettre recommandée avec accusé réception.

Le Président du Conseil d'administration peut à tout moment être révoqué par le Conseil d'administration.

ARTICLE 44 - Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre participant du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection.

Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Vice-président ou l'administrateur le plus âgé.

ARTICLE 45 - Missions

Le Président du Conseil d'administration organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application de l'article L.510-8 du Code de la mutualité.

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.

Le Président convoque le Conseil d'administration et l'Assemblée générale. Il en établit les ordres du jour ; celui de l'Assemblée générale est validé par le Conseil d'administration.

Il engage les dépenses.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au responsable administratif l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Section II - ELECTION, COMPOSITION DU BUREAU

ARTICLE 46 - Election

Les membres du Bureau (autres que le Président) sont élus à bulletins secrets pour la durée de leur mandat 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 candidatures au poste de membre du Bureau sont adressées par écrit au siège de la Mutuelle 15 jours au plus tard avant la date de l'élection par lettre recommandée avec accusé réception.

En cas de vacance d'un membre du Bureau, et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'administration pourvoit au remplacement du poste vacant. L'Administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

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

ARTICLE 47 - Composition

Le Bureau peut être composé de la façon suivante :

- le Président du Conseil d'administration de droit,
- un Vice-président,
- un Secrétaire général,
- un Secrétaire général adjoint,
- un Trésorier général,
- un Trésorier général adjoint.

La définition et la composition du Bureau n'étant plus prévues par le Code de la Mutualité, l'absence de candidature pour l'un ou l'autre des postes ne remet pas en cause le fonctionnement du Conseil d'Administration ni celui du Bureau.

ARTICLE 48 - Réunions et délibérations

Le Bureau se réunit sur convocation du Président du Conseil d'administration, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du Bureau cinq jours ouvrés au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le Président du Conseil d'administration peut proposer d'inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions du Bureau ; celui-ci délibère alors sur l'opportunité de cette invitation. La personne invitée ne peut qu'émettre des suggestions ou des avis.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président du Conseil d'administration est prépondérante.

Les membres du Bureau ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Bureau, sont tenus à la confidentialité des informations et documents délivrés en cours de séance.

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

ARTICLE 49 - Le Vice-président

Le Vice-président seconde le Président du Conseil d'administration qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 50 - Le Secrétaire général

Le Secrétaire général est responsable de l'envoi des convocations au Conseil d'administration, de la rédaction des procès-verbaux et de la conservation des archives.

Le Secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier à un ou des salariés de la Mutuelle Klesia Saint-Germain, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 51 - Le Secrétaire général adjoint

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

ARTICLE 52 - Le Trésorier général

Le Trésorier général effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité.

Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président ou toute autre personne désignée par le Conseil d'administration et dûment habilitée à cet effet et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

Il fait procéder, selon les directives du Conseil d'administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'administration :

- les comptes annuels ainsi que les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport prévu au paragraphe « m » de l'article L.114-9 du Code de la mutualité,
- les éléments visés aux paragraphes « a », « c » et « f », ainsi qu'aux deux derniers alinéas de l'article L.114-17 du Code de la mutualité,
- un rapport synthétique sur la situation financière de la Mutuelle.

Il présente à l'Assemblée générale le rapport de gestion et les comptes annuels, ainsi que les documents, états et tableaux qui s'y rattachent.

Le Trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier à un ou des salariés de la Mutuelle Klesia Saint-Germain, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 53 - Le Trésorier général adjoint

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

Chapitre 4. **COMITES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

ARTICLE 54 - Comité d'audit

Un Comité d'audit est chargé, sous la responsabilité exclusive et collective des membres du Conseil d'administration, d'assurer :

- le suivi de l'élaboration des comptes et de l'information financière,
- le suivi de l'efficacité des dispositifs de gestion des risques et de contrôle interne,
- le suivi du contrôle légal des comptes,
- le suivi des règles de placements.

Il doit également émettre une recommandation sur l'élection des commissaires aux comptes présentés à l'Assemblée Générale.

La mission du Comité d'audit est de faciliter la prise de décisions du Conseil d'administration dans ces différents domaines.

Il est composé au minimum de trois membres du Conseil d'administration éventuellement accompagnés de membre externes.

Les modalités de fonctionnement sont précisées dans la charte du « Comité d'audit ».

Chapitre 5. **ORGANISATION FINANCIERE**

Section I - PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 55 - Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- les cotisations des membres participants,
- les rappels de cotisations éventuellement nécessaires,
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi.

ARTICLE 56 - Charges

Les charges comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants,
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
- les versements faits aux Unions et Fédérations,
- la participation aux dépenses de fonctionnement des Comités régionaux de coordination,
- les cotisations versées au fonds de garantie,
- les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-5 du Code de la mutualité,
- la redevance prévue à l'article L.951-1, 2° alinéa du Code de la Sécurité sociale et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) définie à l'article L.510-1 du Code de la mutualité pour l'exercice de ses missions,
- plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi, contributions réglementaires en cours ou à venir.

ARTICLE 57 - Vérifications préalables

Le responsable de la mise en paiement des charges de la Mutuelle s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la Mutuelle.

Section II - MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS - REGLES DE SECURITE FINANCIERE

ARTICLE 58 - Placement et retrait des fonds

Les placements et retraits des fonds sont effectués dans les conditions prévues par les dispositions légales en vigueur.

Le Conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle compte-tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée générale.

La mutuelle gère la totalité de ses actifs et de ses passifs dans le respect des dispositions légales et réglementaires du code de la mutualité, ainsi que dans le respect de tous les textes notamment de droit comptable pris pour leur application.

ARTICLE 59 - Règles de sécurité financière

Le fonds de garantie prévu à l'article L.212-1 du Code de la mutualité, est constitué du fonds d'établissement et des réserves nécessaires.

Son montant est égal au tiers de la marge de solvabilité.

Les excédents annuels de produits sur les charges sont affectés en priorité :

- soit au fonds d'établissement,
- soit à un compte de réserve le complétant afin de respecter le fonds de garantie prévu par le Code de la mutualité.

Les provisions techniques et les marges de solvabilité sont constituées conformément aux dispositions légales en vigueur.

ARTICLE 60 - Fonds de solvabilité complémentaire

Pour la réalisation de son objet et notamment pour renforcer ses fonds propres admis en marge de solvabilité, la mutuelle peut émettre tous titres participatifs et emprunts subordonnés autorisés par le code de la mutualité.

Les conditions d'émission, notamment le contrôle exercé par l'ACPR, desdits titres sont déterminés par décret en Conseil d'état.

ARTICLE 61 - Système Fédéral de Garantie

La Mutuelle adhère au Système Fédéral de Garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Section III - COMMISSION DE CONTROLE ET COMMISSAIRE AUX COMPTES

ARTICLE 62 - Commissaire aux comptes

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la mutualité, l'Assemblée générale peut nommer au moins un Commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.225.219 du Code de commerce.

Le Président du Conseil d'administration convoque le(s) Commissaire(s) aux comptes à toute Assemblée générale.

Le Commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration,
- fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel,

- signale sans délai à l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) tout fait et décision mentionnés à l’article L.510-6 du Code de la mutualité dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du Conseil d’administration les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de commerce,
- signale dans son rapport annuel à l’Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu’il a relevées au cours de l’accomplissement de sa mission,
- établit et présente à l’Assemblée générale un rapport spécial sur les conventions réglementées mentionnées à l’article L.114-34 du Code de la mutualité.

Section IV - FONDS D’ETABLISSEMENT

ARTICLE 63 - Montant du fonds d’établissement

Le fonds d’établissement est fixé à la somme de 228 600 euros.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l’Assemblée générale statuant dans les conditions de l’article 23/I des Statuts, sur proposition du Conseil d’administration.

TITRE III. INFORMATION DES ADHERENTS

ARTICLE 64 - Etendue de l’information

Chaque adhérent reçoit un exemplaire des Statuts et du Règlement mutualiste. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance. Le site internet de la Mutuelle EPC permet de les consulter directement en ligne.

Il est par ailleurs informé :

- des services et établissements d’action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

TITRE IV. DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 65 - Dissolution volontaire 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 dans les conditions fixées à l’article 23/I des Statuts.

L’Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d’administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir 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, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L’excédent de l’actif net sur le passif est dévolu par décision de l’Assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l’article 23/I des présents Statuts à d’autres Mutuelles ou Unions ou au Fonds National de solidarité et d’actions mutualistes mentionné à l’article L.421-1 du Code de la mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l’article L.431-1 du Code de la mutualité.

ARTICLE 66 - Interprétation

Les Statuts, le Règlement mutualiste, le bulletin d’adhésion et le Règlement intérieur, s’il existe, sont applicables par ordre de priorité décroissante.



MUTUELLEPC



REGLEMENT MUTUALISTE SANTE

Règlement Mutualiste Santé de la Mutuelle EPC

TITRE I. OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS	25
Section I - Conditions d'admission	25
ARTICLE 1 - Admission des membres participants	25
ARTICLE 2 - Définition des ayants droit	26
ARTICLE 3 - Maintien des ayants droit	26
ARTICLE 4 - Carte mutualiste – Tiers payant	26
ARTICLE 5 - Changement de situation	27
Section II - Démission, Radiation, Exclusion	27
ARTICLE 6 - Démission (article 8 des Statuts)	27
ARTICLE 7 - Radiation (article 9 des Statuts)	28
ARTICLE 8 - Exclusion (article 10 des Statuts)	28
Section III - Catégories de bénéficiaires	28
ARTICLE 9 - Tranches d'âge	28
TITRE II. OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE	28
ARTICLE 10 - Paiement des cotisations	28
ARTICLE 11 - Particularité : Agents territoriaux	29
ARTICLE 12 - Non-respect des paiements	30
ARTICLE 13 - Frais bancaires et de gestion	30
TITRE III. OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS	
Prestations accordées par la Mutuelle	30
ARTICLE 14 - Droit aux prestations	30
ARTICLE 15 - Modification de garanties	32
ARTICLE 16 - Décomptes	32
ARTICLE 17 - Remboursement	32
ARTICLE 18 - Prescription	33
ARTICLE 19 - Réclamation	33
ARTICLE 20 - Exclusion de prestations	33
ARTICLE 21 - Fonds Social	33
ARTICLE 22 - Affiliation	33
Section II - Subrogation	34
ARTICLE 23 - Subrogation	34
Section III - Dispositions diverses	34
ARTICLE 24 - Informatique et Libertés	34
ARTICLE 25 - Réclamation - Médiation	34

Règlement Mutualiste Santé de la Mutuelle EPC

Le présent règlement est établi en application de l'article 4 des Statuts

TITRE I. OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

Section I - Conditions d'admission

ARTICLE 1 - Admission des membres participants

Peuvent adhérer à la Mutuelle EPC :

- les particuliers, TNS (Travailleurs Non Salariés), agents territoriaux et indépendants sans limite d'âge,
- dans les conditions propres à ce dispositif, les personnes relevant de la CMU C,
- à la demande des services sociaux des personnes relevant de l'aide sociale ou sous tutelle ou curatelle,

Pièces à fournir dans tous les cas

- bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle, comportant les mentions obligatoires prévues par le Code de la mutualité, dûment rempli, daté et signé,
- photocopie de l'attestation d'assuré social de chacun des membres à couvrir par la Mutuelle,
- mandat de prélèvement SEPA fourni par la Mutuelle dûment rempli, daté et signé,
- relevé d'identité bancaire (BIC-IBAN).

Suivant votre situation :

- fournir également, le certificat de démission d'une autre société mutualiste régie par le Code de la mutualité ou d'une complémentaire santé (voir *article 14*),
- pour les agents territoriaux, fournir également le certificat employeur mentionnant la date d'entrée de l'agent dans la fonction publique et le justificatif d'adhésion au dernier organisme auprès duquel l'agent a souscrit une garantie labellisée.

Le bulletin d'adhésion, accompagné des pièces justificatives, est remis ou adressé au service administratif de la Mutuelle.

L'adhésion à la Mutuelle prend effet au premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) ; elle est souscrite pour l'année civile en cours et se renouvelle par tacite reconduction.

L'adhésion de l'enfant à la Mutuelle prend effet le jour de sa naissance, sous réserve que la Mutuelle en ait été informée au plus tard dans le mois suivant l'événement.

Un livret est remis au membre participant contenant : les Statuts, le Règlement mutualiste et des informations générales.

La signature du bulletin d'adhésion entraîne l'acceptation des Statuts et du Règlement mutualiste (article L.114-1 du Code de la mutualité).

ARTICLE 2 - Définition des ayants droit

En application des dispositions de l'article 6 des Statuts, les ayants droit du membre participant pouvant bénéficier des avantages de la Mutuelle sont le conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité et leurs enfants.

ARTICLE 3 - Maintien des ayants droit

1. Le conjoint d'un membre participant décédé peut continuer à bénéficier des avantages de la Mutuelle ; il adhère alors en qualité de membre participant.
2. Le conjoint en cours de divorce ou divorcé d'un membre participant peut continuer à bénéficier des avantages de la Mutuelle ; il adhère alors en qualité de membre participant.
3. Les enfants des membres participants ont la possibilité d'adhérer à la Mutuelle en qualité de membres participants.

ARTICLE 4 - 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, le membre participant reçoit à son domicile sa carte mutualiste comportant l'indication de ses droits. Cette carte, valable de la date d'adhésion à la fin de l'année civile, est accompagnée d'un échéancier de ses cotisations.

En outre, et afin de se conformer aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, la mutuelle communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations, selon modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Lors du renouvellement annuel général des cartes, le membre participant reçoit sa carte annuelle si ses droits sont ouverts à la date d'émission de la carte.

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

Le membre participant est tenu de vérifier les indications portées sur la carte mutualiste et d'informer le service administratif de la Mutuelle de toute rectification nécessaire.

En cas de cessation ou suspension de contrat Mutualiste, le membre participant est tenu de retourner sa carte d'adhérent à la Mutuelle.

Toute utilisation de la carte Tiers-payant pendant une de ces périodes est frauduleuse. La Mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre tout contrevenant.

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a adhéré au réseau de tiers payant de l'opérateur Almerys. La Mutuelle assure ainsi directement, dans la limite de l'option souscrite, la prise en charge des frais engagés par le membre participant et ses bénéficiaires, sauf actes de soins effectués en dehors du parcours de soins coordonnés.

Cette modalité, appelée « Tiers payant », ne pourra être appliquée que sous réserve de la réglementation des pouvoirs publics. Par ailleurs, le Tiers payant peut être limité au seul ticket modérateur des tarifs servant de base au remboursement du Régime obligatoire en médecine de ville ou hospitalisation ainsi qu'au forfait journalier.

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 Almerys.

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'adhérent 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.

Lorsque l'adhérent n'utilise pas le Tiers payant pour la part complémentaire, alors qu'il l'a utilisé pour la part Régime obligatoire, il devra fournir à la Mutuelle le justificatif de paiement de la part complémentaire afin d'en obtenir le remboursement.

L'utilisation de la carte de la Mutuelle par l'adhérent qui n'est pas à jour de ses cotisations de Mutuelle ou par la personne protégée qui n'est plus couverte par l'adhérent constitue un délit pouvant entraîner des poursuites.

ARTICLE 5 - Changement de situation

Tout changement de situation familiale ou administrative doit être signalé au service administratif de la Mutuelle. En cas de changement de situation non signalé, la Mutuelle se réserve le droit de régulariser la situation avec effet rétroactif.

Section II - Démission, Radiation, Exclusion

ARTICLE 6 - Démission (article 8 des Statuts)

La démission d'un membre participant ou de ses ayants droit est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au service administratif de la Mutuelle. Il ne peut être fait droit à aucune demande de démission en cours d'année civile. Pour pouvoir être effective au 31 décembre, la démission d'un membre participant doit être portée à la connaissance de la Mutuelle au plus tard le 31 octobre et est soumise à l'accomplissement d'une adhésion minimum de 12 mois.

Dans le cas où le membre participant ou ses ayants droit seraient inscrits à titre obligatoire à un autre organisme, leur démission est acceptée en cours d'année, sur présentation d'un justificatif. La résiliation prend effet au 1er jour du mois qui suit l'évènement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 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 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

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

En cas de décès, la résiliation de l'adhésion prend effet au dernier jour du mois du décès. Sur présentation de l'acte de décès, l'éventuel trop perçu de cotisation est remboursé à l'héritier ou au notaire assurant la succession.

Dans le cadre de la Loi Chatel, exception faite des bénéficiaires d'un régime collectif d'entreprise, l'adhérent « individuel » peut, quelles que soient les dispositions de son contrat, en signaler la dénonciation dans les 20 jours suivant l'envoi de son avis annuel de cotisations. Sa demande doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée accompagnée de la carte mutualiste en retour.

Hormis les cas de contrat obligatoire et de décès, aucun remboursement de trop perçu ne sera effectué. Un certificat de démission est délivré lorsque l'original de la carte mutualiste de l'adhérent démissionnaire est restitué.

ARTICLE 7 - Radiation (article 9 des Statuts)

La radiation ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

La radiation ne donne pas lieu à la délivrance d'un certificat de démission. La carte mutualiste doit être restituée au service administratif Mutuelle.

ARTICLE 8 - Exclusion (article 10 des Statuts)

L'exclusion ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

L'exclusion ne donne pas lieu à la délivrance d'un certificat de démission.

La carte mutualiste doit être restituée au service administratif de la Mutuelle.

Section III - Catégories de bénéficiaires

ARTICLE 9 - Tranches d'âge

Les bénéficiaires se répartissent selon les tranches d'âge suivantes :

0 à 20 ans	50 à 54 ans	70 à 74 ans
21 à 29 ans	55 à 59 ans	75 à 79 ans
30 à 39 ans	60 à 64 ans	80 à 89 ans
40 à 44 ans	65 à 69 ans	90 ans et +
45 à 49 ans		

Dans chaque tranche d'âge les bénéficiaires peuvent être rattachés à l'une des catégories suivantes :

- membre participant,
- conjoint,
- enfant (de 0 à 29 ans).

TITRE II. OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

ARTICLE 10 - Paiement des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation de base.

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

La cotisation est payable à terme à échoir.

La cotisation est individuelle. 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 semestriel ou annuel. 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.

Tout changement de tranches d'âge s'applique le premier jour du mois de l'événement. Sauf dispositions contraires, la cotisation intègre toutes les taxes et contributions dès lors qu'elles entrent en application.

Elle comprend notamment :

- les cotisations spéciales destinées aux organismes suivants : Fédération Nationale de la Mutualité Française, Unions mutualistes, leurs modalités de paiement sont fixées par les statuts ou règlements de ces organismes,
- les frais de gestion,
- les prélèvements liés à la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA ex-CMUC),
- les taxes sur les conventions d'assurance (TSCA).

La Mutuelle peut réévaluer, sur proposition du conseil d'administration, ratifiée par l'Assemblée générale annuelle, le montant des cotisations en fonction des résultats techniques du régime et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

En outre, en cas de modifications des niveaux de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ou de la nomenclature des actes remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie, ou de l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions législatives et réglementaires, la Mutuelle peut être amenée en cours d'année à procéder à une réactualisation des cotisations.

ARTICLE 11 - Particularité : Agents territoriaux

- 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 le membre participant 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 1^{er} 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.

- 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.

- 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.

- 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 trente 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.

ARTICLE 12 - Non-respect des paiements

En cas de rejet du prélèvement lors de l'appel des cotisations, pour une raison imputable au titulaire du compte, des frais forfaitaires sont ajoutés au montant de la cotisation due pour couvrir les frais bancaires de rejet et de gestion.

En cas de non-paiement de la cotisation dans le délai de 10 jours suivant la date de son échéance, la Mutuelle prévient l'adhérent par écrit des conséquences de ce non-paiement.

ARTICLE 13 - Frais bancaires et de gestion

Frais forfaitaires

En cas de non-paiement des cotisations appelées par prélèvement bancaire ou règlement par chèque	1 ^{er} mois	3,00 €	Lettre simple
	2 ^{ème} mois	6,60 €	Lettre recommandée A.R.
	3 ^{ème} mois	6,60 €	Lettre recommandée A.R.

Ces frais sont susceptibles d'être modifiés en fonction de l'évolution des tarifs postaux et bancaires.

TITRE III. OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Prestations accordées par la Mutuelle

ARTICLE 14 - Droit aux prestations

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations. Le droit aux prestations prend effet à la date d'adhésion ou à l'expiration du délai de carence.

Toutefois, pendant les 3 premiers mois qui suivent votre adhésion, s'il n'est pas produit la copie de votre carte d'adhérent à une précédente garantie santé ou un certificat de radiation justifiant une date de résiliation à cette garantie, inférieure à 3 mois à compter de la date d'effet de la demande d'adhésion à la Mutuelle EPC, le remboursement est limité, le cas échéant, au montant du ticket modérateur en médecine de ville ou hospitalisation ainsi qu'au forfait journalier.

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

Les garanties frais de santé sont en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale relatifs aux contrats dits « responsables » et les décrets et arrêtés pris pour son application.

En conséquence :

- 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, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale n'est prise en charge. Il en sera de même lorsque le patient n'autorisera pas un professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale de janvier 2005 pour les actes cliniques de spécialistes de secteur.

Le contrat prend au moins en charge :

- le ticket modérateur sur les actes de prévention considérés comme prioritaires au regard de certains objectifs de santé publique et figurant sur une liste fixée par arrêté du 8/06/2006 pris pour application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale,
- l'intégralité du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins sauf pour les cures thermales, les médicaments homéopathiques remboursés à 30 % et les médicaments remboursés à 15 et 30 %,
- le forfait journalier des établissements hospitaliers au sens de la Sécurité sociale, sans limitation de durée,
- les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au CAS (contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du code de la Sécurité sociale), sous réserve que cette prise en charge soit plafonnée à 100 % (125 % en 2016) du tarif de responsabilité et minorées d'au moins 20 % par rapport à la prise en charge des dépassements des médecins ayant adhéré au CAS,
- si le contrat prend en charge les dépenses au-delà du ticket modérateur, les dépenses d'acquisition des équipements optiques à condition que la prise en charge s'inscrive entre un minima et un maxima (TM inclus) différenciés par type d'équipement telles que précisées au barème.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

Le forfait du remboursement des équipements médicaux d'optiques (monture + verres) à usage individuel, s'applique par période de 2 ans sauf pour les mineurs ou dans le cas d'un équipement justifié par une évolution de vue où cette période est ramenée à 1 an. L'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 R165-1 du code de la Sécurité Sociale.

La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

Les prestations non prises en charge par la Sécurité sociale ne peuvent donner lieu à remboursement que si elles figurent expressément sur le barème de prestations attaché à la garantie.

La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine et dans les territoires et départements français d'Outre-mer.

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 ».

ARTICLE 15 - Modification de garanties

Le changement de garanties pour le contrat offrant des prestations supérieures est possible avec effet au premier jour du mois qui suit la demande.

Le changement de garanties pour le contrat offrant des prestations moindres est possible au premier janvier de chaque année. L'antériorité dans le précédent contrat doit toutefois être supérieure à douze mois.

Le changement de garanties pour le contrat offrant des prestations moindres est exceptionnellement possible en cours d'année, quelle que soit l'antériorité dans le contrat précédant, sous réserve que le membre participant et ses ayants droit n'aient pas bénéficié de remboursement de prestations d'optique, acoustique, dentaire, hospitalisation ou appareillage dans les 6 mois précédant la demande.

Le changement de garanties prend alors effet au premier jour du mois qui suit la demande. Toute modification du choix de garanties donne lieu à la signature d'un avenant.

ARTICLE 16 - Décomptes

Les prestations accordées par la Mutuelle sont celles indiquées sur le tableau détaillé. 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.

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

Le paiement des prestations est assuré par virement au compte bancaire de l'intéressé. Les adhérents ont la possibilité de recevoir leurs décomptes à leur domicile, de les consulter et de les télécharger sur le site de la Mutuelle.

ARTICLE 17 - Remboursement

Le remboursement des dépenses de maladie 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 fournir les décomptes établis par la Sécurité sociale et les autres organismes intervenants ainsi que les justificatifs des dépenses engagées.

ARTICLE 18 - **Prescription**

Le délai de prescription, au-delà duquel les membres ou leurs ayants droit ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux prestations statutaires, est fixé à 2 ans à compter de :

- la date d'émission du décompte Sécurité sociale,
- la date de la facture ou du reçu du ticket modérateur.

ARTICLE 19 - **Réclamation**

Le délai de réclamation concernant des prestations mutualistes versées ou refusées est recevable dans les 6 mois à compter de la date du décompte émis par la Mutuelle ou du refus de la Sécurité sociale.

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

ARTICLE 20 - **Exclusion de prestations**

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

1. soins ou interventions qui ne figurent pas à la nomenclature des actes professionnels sauf dispositions contraires prévues au barème souscrit,
2. séjours en maison de retraite,
3. séjours en établissement psychopédagogique,
4. séjours en institut médico-pédagogique (IMP) et séjours résultant d'une décision de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées),
5. séjours en établissement à caractère sanitaire et social,
6. séjours en établissement gériatrique,
7. séjours en établissement de long séjour,
8. hospitalisations à caractère esthétique, diététique ou de rajeunissement non pris en charge par la Sécurité sociale.

ARTICLE 21 - **Fonds Social**

Des aides exceptionnelles, prises sur un fonds spécial que détermine annuellement l'Assemblée générale, peuvent être accordées aux adhérents pour des besoins spécifiques, dans le cadre de l'objet de la Mutuelle.

La demande d'intervention au titre du Fonds social doit être adressée au Président de la Mutuelle. Elle doit être accompagnée des éléments justifiant de la conjoncture difficile ou événementielle du demandeur, occasionnant une telle demande.

ARTICLE 22 - **Affiliation**

Par son affiliation aux Unions Mutualistes, la Mutuelle permet à ses adhérents de bénéficier des œuvres et services sociaux de ces Unions.

Section II - Subrogation

ARTICLE 23 - 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 8 jours, une copie de la déclaration d'accident qui a été envoyée aux organismes précités.

Section III - Dispositions diverses

ARTICLE 24 - Informatique et Libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle, conformément à son objet.

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

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander par écrit communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle, à l'adresse de son siège social.

ARTICLE 25 - Réclamation - Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des Statuts et du Règlement mutualiste, le membre participant peut adresser une réclamation au Président de la Mutuelle accompagné d'un dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la requête.

Si au terme du traitement de la réclamation, la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le membre participant peut avoir recours au service du médiateur désigné par le Conseil d'administration. Celui-ci ne peut être saisi par le membre participant ou son ayant droit qu'après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations au sein de la mutuelle. Il ne peut être saisi lorsqu'une action contentieuse a été engagée. Cette saisine auprès du médiateur doit être introduite dans un délai d'un an maximum à compter de la réclamation écrite faite auprès de la mutuelle.

Les demandes sont à adresser à :

FNMF

M. Le Médiateur Fédéral

255 rue de Vaugirard

75719 PARIS CEDEX 15

Convention “Tiers payant général”

Le Tiers Payant permet aux adhérents de notre Mutuelle de bénéficier d’une dispense d’avance de frais, pour la part correspondant au ticket modérateur pour l’ensemble des domaines de santé suivants : pharmacie, médecins généralistes et spécialistes, soins dentaires, radiologie, centres de santé, laboratoires, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes et au-delà, sur les domaines de santé soumis à prises en charge : optique, prothèses dentaires, prothèses acoustiques et hospitalisation.

Comment l’adhérent peut-il bénéficier du Tiers payant général auprès d’un professionnel de santé conventionné ?

Pour bénéficier du Tiers Payant, les adhérents ou leurs ayants droit devront en faire la demande auprès du professionnel ou de l’établissement de santé en lui présentant les justificatifs d’ouverture de droits : carte Vitale, carte mutualiste en cours de validité.

Conventionnement des professionnels de santé.

Un Professionnel de Santé souhaitant passer une convention pourra contacter Almerys au numéro de téléphone inscrit sur la carte mutualiste de Tiers Payant.

Nous vous rappelons que par son affiliation à la Mutualité Française notre Mutuelle vous permet de bénéficier de tarifs avantageux auprès des centres de santé mutualistes sur toute la France (optique, dentaire, acoustique, ...).

Quels sont les professionnels qui ont passé la convention ?

En consultant le site internet de la Mutuelle EPC (www.mutuelle-epc.com) vous pouvez vérifier si le professionnel de santé a souscrit une convention Tiers payant général :

- Soit par l’onglet « Tiers Payant » et le lien correspondant.
- Soit par l’onglet « Mon espace » puis mutagora/espace particuliers/les professionnels conventionnés.

Il vous suffit alors de renseigner les champs correspondant à l’objet de votre recherche.