NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

ANPPI/EPC

Régime complémentaire santé TNS

SOMMAIRE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES 3
Article 1. ADHESION 3
Article 2. PRISE D'EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION 3
Article 3. COMMUNICATIONS DE LA MUTUELLE 3
Article 4. CARTE MUTUALISTE – TIERS PAYANT 4
Article 5. CHANGEMENT DE SITUATION 4
Article 6. RENONCIATION 5
Article 7. FIN DE L'ADHESION 6
CHAPITRE II - COTISATIONS AU TITRE DU CONTRAT 7
Article 8. COTISATIONS 7
CHAPITRE III - DISPOSITIONS AFFERENTES AUX GARANTIES ET PRESTATIONS 8
Article 9. CONTRAT RESPONSABLE 8
Article 10. DROIT AUX PRESTATIONS 9
Article 11. CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIE 10
Article 12. DECOMPTES 10
Article 13. REMBOURSEMENT 11
Article 14. DISPOSITIF LOI MADELIN 11
Article 15. PRESTATIONS INDUES 11
Article 16. EXCLUSION DE PRESTATIONS 11
CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES 12
Article 17. FAUSSE DECLARATION 12
Article 18. PRESCRIPTION 13
Article 19. SUBROGATION 14
Article 20. RÉCLAMATION ET MÉDIATION 14
Article 21. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL 15
Article 22. VIGILANCE FINANCIÈRE – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT – LUTTE CONTRE LA FRAUDE 16
Article 23. DELEGATION DE GESTION ADMINISTRATIVE DU CONTRAT 16
Article 24. CONFIDENTIALITÉ 17
Article 25. ORGANISME DE CONTRÔLE 17
Article 26. DROIT APPLICABLE 17

LEXIQUE

- **Adhérent** : Travailleur Non Salarié, personne physique, membre participant de la Mutuelle et membre de l'Association, qui adhère au Contrat et s'engage à payer les cotisations auprès de la Mutuelle.

- **Année civile** : Période allant du 1er janvier au 31 décembre.

- **Assuré** : Il faut entendre par Assuré la personne physique :
  - Adhérent de la Mutuelle au titre de son adhésion au Contrat ;
  - Conjoint de l'Adhérent inscrit sur le bulletin d'adhésion et couvert par le Contrat en tant qu'Ayant droit ;
  - Enfant à charge de l'Adhérent inscrit sur le bulletin d'adhésion et couvert par le Contrat en tant qu'Ayant droit.

- **Assureur ou Mutuelle** : Mutuelle EPC, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 391 399 326.

- **Association** : Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (A.N.P.P.I.), association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social est situé 140 avenue de la République CS - 30007 - 92327 Chatillon Cedex.

- **Ayant droit** : Personne physique ayant droit de l'Adhérent, indiquée sur la demande d'adhésion. Les Ayants droit pouvant bénéficier des prestations du Contrat 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 Contrat. 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.

- **Contrat** : Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association auprès de l'Assureur.

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

- **Travailleur Non Salarié (TNS) :** Personne physique qui exerce une activité non salariée, non agricole, rémunérée, normale et effective dont le régime d'imposition relève de la catégorie des bénéfices non commerciaux ou des bénéfices industriels et commerciaux. Elle doit être rattachée obligatoirement au régime social des employeurs et travailleurs indépendants et être exclue du régime général des salariés.

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

➢ Article 1. ADHESION

1.1 Conditions d'adhésion

Seules peuvent adhérer au Contrat les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes :

- avoir le statut de Travailleur Non salarié (TNS) ;
- être adhérent à l'Association A.N.P.P.I.

1.2 Formalités d'adhésion

Elles sont obligatoires pour tous les Adhérents :

- Remplir et signer le bulletin d'adhésion ;
- Joindre une copie des pièces d'identité de l'Adhérent et des Ayants droit en cours de validité au moment de l'adhésion ;
- Joindre une photocopie de l'attestation d'assuré social de chacun des Assurés à couvrir par la Mutuelle ;
- Remplir et signer le mandat de prélèvement SEPA fourni par la Mutuelle et joindre un relevé d'identité bancaire (BIC-IBAN) si l'Adhérent opte pour le paiement des cotisations par prélèvement ;
- Fournir, le cas échéant, une 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 ;
- Joindre un justificatif de l'existence du statut de Travailleur Non Salarié (extrait K-bis de moins de 3 mois, registre des métiers, CFE...).

➢ Article 2. PRISE D'EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion au Contrat prend effet au premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion (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 au Contrat expire au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet et est ensuite reconduite tacitement au 1er janvier de chaque Année civile.

➢ Article 3. COMMUNICATIONS DE LA MUTUELLE

Afin de se conformer aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle communique à l'Adhérent, lors de son adhésion puis annuellement :

- 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 les modalités précisées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale ;

- le taux de redistribution des cotisations encaissées par l'application de la formule Prestations/Cotisations encaissées.

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, 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 5. CHANGEMENT DE SITUATION

Tout changement de situation familiale ou administrative signalé à la Mutuelle prend effet au plus tôt le 1er 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.

➢ Article 6. RENONCIATION

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la notification de la prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation peut être notifiée au choix :

- Soit par lettre ou tout autre support durable à l'adresse suivante :

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

- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit par mail à contact@mutuelle-epc.com

La demande de renonciation peut être rédigée comme suit *« Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au Contrat « ANPPI/EPC – Régime complémentaire santé TNS » n° … et demande le remboursement de la cotisation versée le … d'un montant de …, dans le délai de 14 jours (relevé d'identité bancaire joint). Je reconnais que, de ce fait, mon adhésion est annulée. Date … Signature … ».*

La renonciation entraîne la restitution, par l'Assureur, de l'intégralité des sommes versées, dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Dans l'hypothèse où des prestations ont été versées par l'Assureur, l'Adhérent doit joindre à sa demande de renonciation, un chèque en remboursement desdites prestations. À défaut de remboursement, la demande de renonciation est refusée.

➤ Article 7. FIN DE L'ADHESION

L'adhésion prend fin :

- A la date d'échéance annuelle du 31 décembre, en cas de résiliation par l'Adhérent notifiée à l'Assureur au plus tard le 31 octobre précédent.
- En cas de résiliation infra annuelle par l'Adhérent. L'Adhérent peut en effet résilier son adhésion en cours d'année sous réserve de disposer d'une ancienneté d'adhésion minimale de douze mois. La résiliation intervenant en cours d'année prend effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande. L'Adhérent peut résilier la garantie de son Ayant droit dans les mêmes conditions que celles prévues pour son adhésion.

En cas de résiliation à l'échéance annuelle ou en cours d'année, 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 courrier postal adressé à :

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

- soit par déclaration faite au siège social ou au service administratif de la Mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par mail à contact@mutuelle-epc.com

- En cas de modifications apportées aux droits et obligations de l'Adhérent, celui-ci dispose d'un délai d'un mois à compter de la notification des modifications pour dénoncer son adhésion par l'envoi d'une lettre recommandée à l'Assureur ;

- A la date à laquelle l'Adhérent bénéficie d'une pension de vieillesse du régime de base ;

- À la date indiquée sur la lettre recommandée adressée à l'Adhérent en cas de défaut de paiement des cotisations, conformément à l'article 13.6 du Contrat ;

- A la date à laquelle l'Adhérent perd la qualité de membre de la Mutuelle ;

- A la date à laquelle l'Adhérent perd la qualité de Travailleur Non Salarié ;

- A la date à laquelle l'Adhérent perd la qualité de membre de l'Association ;

- A la date à laquelle l'Adhérent décède. Sur présentation de l'acte de décès, l'éventuel trop perçu de cotisation est remboursé aux héritiers ;

- En tout état de cause en cas de résiliation du Contrat conclu entre l'Assureur et l'Association.

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

La résiliation de l'adhésion met fin aux garanties.

CHAPITRE II - COTISATIONS AU TITRE DU CONTRAT

Article 8. COTISATIONS

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.

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 Contrat. Tout changement de tranche d'âge est appliqué au 1er janvier de l'année suivante.
Sauf dispositions contraires, la cotisation intègre toutes les taxes et contributions en vigueur.

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.

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.

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.

Défaut de paiement de la cotisation

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 II du Code de la mutualité, l'Adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du Contrat.

L’exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l’Adhérent est informé qu’à l’expiration du délai précité de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation entraîne la résiliation de son adhésion.

CHAPITRE III - DISPOSITIONS AFFERENTES AUX GARANTIES ET PRESTATIONS

Article 9. CONTRAT RESPONSABLE

Les garanties santé mentionnées dans le tableau de garanties annexé au Contrat répondent au cahier des charges du contrat responsable, tel que prévu aux articles L. 871-1 et R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Conformément à l’article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale : *« Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du Code rural du 1° quater de l'article 83 du Code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2° du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code, qu'elles permettent à l'Assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la Mutuelle ou union relevant du Code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent Code ou l'entreprise d'assurances régie par le Code des assurances communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale.*

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des Assurés et de leurs Ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.

Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'Assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge. »

Conformément à l'article R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale *: « Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 ne peuvent comprendre :*

1° La prise en charge de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 1111-15 du Code de la santé publique ;

2° Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques. »

➤ Article 10. DROIT AUX PRESTATIONS

Pendant les trois premiers mois qui suivent l'adhésion, s'il n'est pas produit la copie d'une carte d'adhérent relative à une précédente couverture complémentaire santé de l'Adhérent ou un certificat de radiation justifiant une date de résiliation à cette garantie santé, inférieure à trois mois à compter de la date d'effet de la demande d'adhésion à la Mutuelle, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale.

Sous réserve du respect de ce délai de Carence, 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 Contrat.

L'Adhérent en charge du paiement des cotisations pour l'ensemble des Assurés doit être à jour de cette obligation afin de bénéficier du versement des prestations.

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 nomenclature.

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 santé s'exercent 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 11. 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 12. DECOMPTES

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

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 13. REMBOURSEMENT

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

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

Article 14. DISPOSITIF LOI MADELIN

Les garanties peuvent, le cas échéant, bénéficier du régime mis en place au titre du dispositif dit « loi Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 et du décret d'application n° 94-775 du 5 septembre 1994, relevant désormais de l'article L.144-1 du Code des assurances auquel renvoie l'article L.223-25-1 du Code de la mutualité. Le régime fiscal est fixé par l'article 154 bis du Code général des impôts.

Article 15. 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 16. EXCLUSION DE PRESTATIONS

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

- **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 ;**
- **les séjours en maison de retraite ;**
- **les séjours en établissement psychopédagogique ;**
- **les séjours en institut médico-pédagogique (IMP) et les séjours résultant d'une décision de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ;**
- **les séjours en établissement à caractère sanitaire et social ;**
- **les séjours en établissement gériatrique ;**
- **les séjours en établissement de long séjour ;**

- **les hospitalisations à caractère esthétique, diététique ou de rajeunissement non prises en charge par la Sécurité sociale ;**
- **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 ;**
- **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.**

CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 17. FAUSSE DECLARATION

17.1 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.

17.2 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.

➢ Article 18. PRESCRIPTION

En application de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent, que du jour où l'Assureur 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, du Bénéficiaire ou de l'Ayant droit contre l'Assureur 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Assureur à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à l'Assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- **une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée ;**
- **la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.**

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'Association, à l'Adhérent ou à l'Assureur de se libérer de ses obligations.

Article 19. 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.

Article 20. RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord avec l'Assureur concernant l'exécution du Contrat, l'Association, l'Adhérent ou toute autre personne doit faire valoir sa contestation par écrit, à l'adresse suivante :

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

L'Assureur accuse réception de cette réclamation dans un délai de dix jours suivant sa date d'envoi, sauf si durant ce même délai il est en mesure d'apporter une réponse au réclamant. Par ailleurs, il dispose d'un délai de deux mois pour répondre à la réclamation envoyée par le réclamant.

L'Association, l'Adhérent ou toute autre personne peut saisir, en langue française uniquement, le Médiateur de la Mutualité Française :

- Soit par courrier à :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF

255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

- Soit par voie électronique sur le site du Médiateur : www.mediateur-mutualite.fr

La proposition du Médiateur ne préjuge pas des droits du réclamant et de l'Assureur d'intenter une action en justice. En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.

Article 21. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

L'Assureur et l'Association s'engagent 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 leurs 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.

21.1 Recueil des informations

Les informations recueillies auprès des Adhérents et de leurs Ayants droit sont strictement nécessaires à la gestion des garanties prévues au Contrat. 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.

21.2 Conservation et portabilité des données

Les données seront conservées pendant toute la durée de l'adhésion au Contrat 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 Contrat, 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.

21.3 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 22. VIGILANCE FINANCIÈRE – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT – LUTTE CONTRE LA FRAUDE

L'Assureur met en place des systèmes d'évaluation et de gestion des risques de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme conformément au titre VI du livre V du Code monétaire et financier codifié aux articles L.561-1 et suivants dudit Code.

Dans le cadre de ces obligations légales et réglementaires, l'Association devra communiquer tout document que l'Assureur jugerait nécessaire pour répondre auxdites obligations.

➢ Article 23. DELEGATION DE GESTION ADMINISTRATIVE DU CONTRAT

Les Parties conviennent que l'Assureur peut confier, dans des conditions librement fixées, tout ou partie de l'exécution du Contrat.

Article 24. CONFIDENTIALITÉ

Du fait des relations instaurées entre les Parties par le Contrat, chaque Partie est susceptible d'avoir connaissance d'informations de nature confidentielle appartenant à l'autre Partie.

Chaque Partie s'engage à respecter la plus grande discrétion concernant toutes informations de nature confidentielle qui lui seraient communiquées ou dont elle pourrait venir à avoir connaissance dans le cadre de l'exécution du Contrat, et à prendre toutes mesures appropriées à cet effet, notamment à l'égard de son personnel et des sous-traitants.

Chaque Partie se porte fort, au sens de l'article 1204 du Code civil, du respect des engagements de confidentialité résultant du Contrat par ses dirigeants, ses personnels et ses sous-traitants auxquels elle aura communiqué des informations confidentielles.

Chaque Partie s'engage à restituer ou à détruire, selon les instructions de l'autre Partie, les documents ou leur reproduction contenant des informations confidentielles, à première demande et au plus tard à la fin, pour quelque cause que ce soit, du Contrat.

Le présent article survivra à la terminaison, pour quelque cause que ce soit, du Contrat.

Article 25. ORGANISME DE CONTRÔLE

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

Article 26. DROIT APPLICABLE

Le Contrat sera régi et interprété conformément au droit français.

ANNEXE 1 - GARANTIES 2023

L'EPC est une Mutuelle Responsable[1] qui assure le versement des prestations décrites ci-après en complément du régime général de l'Assurance Maladie.

Les garanties au 1er Janvier 2023 du contrat de base Noir / Blanc

➤ Soins courants

	Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle (Dans la limite des frais réels) – Contrat de base Noir / Blanc	Remboursement Mutuelle (Dans la limite des frais réels) – Remboursement total	Justificatifs à fournir à la Mutuelle
	Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale			
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultation (y compris téléconsulation prise en charge par la Sécurité Sociale) **et visite Généraliste DPTAM** [2]	70% ou 100%	50% ou 20%	**120%**	
Consultation (y compris téléconsulation 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 (12))	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 infirmiers, Massages, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie	60%	40%	**100%**	
Indemnités de déplacement	70%	30%	**100%**	
Pédicurie et Podologie remboursées ou non par la Sécurité Sociale [4]	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]

4 5

Les garanties au 1er Janvier 2023 du contrat de base Noir / Blanc

➤ Hospitalisation

	Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle (Dans la limite des frais réels) – Contrat de base Noir / Blanc	Remboursement Mutuelle (Dans la limite des frais réels) – Remboursement total	Justificatifs à fournir à la Mutuelle
	Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale			
HONORAIRES				
Honoraires DPTAM [2]	80% ou 100%	20% ou 0%	**100%**	Facture acquittée accompagnée du bordereau
Honoraires HORS DPTAM [2]	80% ou 100%	20% ou 0%	**100%**	détaillé délivré par l'établissement
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%	**100%**	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait hospitalier Médical, Chirurgical, Convalescence Sans limite de durée	0%	Tarif en vigueur	**Tarif en vigueur**	
Forfait hospitalier Psychiatrie Sans limite de durée	0%	Tarif en vigueur	**Tarif en vigueur**	
Participation forfaitaire pour acte lourd	0%	24€	**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	**65€ / nuitée**	
Chambre particulière Psychiatrie / Convalescence (limitée à 60 jours par an)	0%	65€ / nuitée	**65€ / nuitée**	
Chambre en ambulatoire	0%	0%	**0%**	
Hébergement accompagnement enfant de moins de 16 ans	0%	31€ / nuitée	**31€ / nuitée**	Facture [3]
Péridurale - Amniocentèse	70%	30%	**100%**	
Forfait des dépenses liées à l'hospitalisation en Maternité	0%	145€	**145€**	Pour la maman adhérente, présentation des justificatifs de frais restants à charge
Cures Thermales soins – honoraires	65% ou 70%	35% ou 30%	**100%**	Une cure par an
Frais inhérents à la cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale	0%	150€ / an	**150€ / an**	Facture [3]
Transport (sauf cure)	65%	35%	**100%**	

➤ Optique

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

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.

100% SANTÉ DÈS LE 1ER JANVIER 2020 [6]

ÉQUIPEMENT «100% SANTÉ»		**PRISE EN CHARGE INTÉGRALE**		
Verres, monture tels que définis réglementairement [6]	60% ou 100%	100% FR - SS	**100% FR**	Prescription + Facture [3]
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) [7]	60% ou 100%	Limité à 250€	**Limité à 250€**	Prescription + Facture [3]
Verres mixtes, montures (catégories B et D) [7]	60% ou 100%	Limité à 325€	**Limité à 325€**	Prescription + Facture [3]
Verres progressifs, montures (catégories C, E et F) [7]	60% ou 100%	Limité à 400€	**Limité à 400€**	Prescription + Facture [3]
AUTRES PRESTATIONS				
Lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité Sociale	0%, 60% ou 100%	Limité à 300€/an hors TM	**Limité à 300€/an hors TM**	Prescription + Facture [3]
Chirurgie de la myopie	0%	153€ / œil / an	**153€ / œil / an**	Facture [3]

6 7

Les garanties au 1er Janvier 2023 du **contrat de base Noir / Blanc**

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

Aides auditives (8)

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

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 (9)	60%	40%+30% FR limité à 90€/an	**100% + 30% FR limité à 90€ / an**	Prescription + Facture (3)

Dentaire

100% SANTÉ DÈS LE 1ER JANVIER 2020 (6)

SOINS ET PROTHESES «100% SANTÉ» (6)	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 (6 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 (6 bis)	70% ou 100%	130% ou 100% limité à 2250€/an hors TM	**200% limité à 2250€/an hors TM**	
AUTRES PRESTATIONS				
Soins dentaires	70%	30%	**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 1er Janvier 2023 du **contrat de base Noir / Blanc**

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

Bien être et prévention

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

Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie (13)	0%	30€/séance	**30€/séance**	Facture (3) Limité à 4 séances/an/spécialité
Acupuncture (13), **Homéopathie**	0%	20€/séance	**20€/séance**	Facture (3)
Consultation Psychologue (10)	60%	40%	**100%**	Limité à 8 séances/an
Vaccins remboursés par la Sécurité Sociale	70%	30%	**100%**	
Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale	0%	FR (limité à 50 €/an)	**FR (limité à 50 €/an)**	Prescription + Facture (3)
Sevrage tabagique (11)	65%	Forfait 80 €/an	**65% + Forfait 80 €/an**	Prescription + Facture (3)
Aliments sans gluten	60% ou 100%	100%	**160% ou 200%**	Prescription + Facture (3)

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) Y compris bilan postural
(5) Y compris les prestations d'appairage des verres de classe A et du supplément pour verres avec filtre.
(6) Le panier 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. 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.
(6 bis) S'effectue dans la limite des HLF pour tarifs maitrisés, mais pas de HLF pour tarifs libres.
(7) Voir fiche jointe pour optique (page 23)
(8) 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.
(9) 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
(10) Consultation de psychologue : prise en charge de 8 séances maximum par an, à raison de 40% de la base de remboursement de la SS, suite à une orientation par le médecin traitant vers un psychologue inscrit au répertoire du dispositif gouvernemental.
(11) Pour les traitements de substitution nicotinique
(12) Test HPV (dépistage du cancer du col de l'utérus)
(13) Ces professions étant réglementées, les praticiens et spécialistes doivent être inscrits aux répertoires ADELI ou RTPS pour donner lieu à remboursement RC

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

L'EPC est une Mutuelle Responsable[1] qui assure le versement des prestations décrites ci-après en complément du régime général de l'Assurance Maladie.

Les garanties au 1er Janvier 2023 du contrat Plus Couleur

Soins courants

	Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle (Dans la limite des frais réels) – Contrat Plus Couleur	Remboursement Mutuelle (Dans la limite des frais réels) – Remboursement total	Justificatifs à fournir à la Mutuelle
	Les pourcentages	s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale		
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultation (y compris téléconsulation prise en charge par la Sécurité Sociale) **et visite Généraliste DPTAM** [2]	70% ou 100%	80% ou 50%	**150%**	
Consultation (y compris téléconsulation 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 (12))	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%**	
Pédicurie et Podologie remboursées ou non par la Sécurité Sociale [4]	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 1er Janvier 2023 du contrat Plus Couleur

Hospitalisation

	Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle (Dans la limite des frais réels) – Contrat Plus Couleur	Remboursement Mutuelle (Dans la limite des frais réels) – Remboursement total	Justificatifs à fournir à la Mutuelle
	Les pourcentages	s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale		
HONORAIRES				
Honoraires DPTAM [2]	80% ou 100%	80% ou 60%	**160%**	Facture acquittée accompagnée du bordereau
Honoraires HORS DPTAM [2]	80% ou 100%	60% ou 40%	**140%**	détaillé délivré par l'établissement
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%	**100%**	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait hospitalier Médical, Chirurgical, Convalescence Sans limite de durée	0%	Tarif en vigueur	**Tarif en vigueur**	
Forfait hospitalier Psychiatrie Sans limite de durée	0%	Tarif en vigueur	**Tarif en vigueur**	
Participation forfaitaire pour acte lourd	0%	24€	**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	**65€ / nuitée**	
Chambre particulière Psychiatrie / Convalescence (limitée à 60 jours par an)	0%	65€ / nuitée	**65€ / nuitée**	
Chambre en ambulatoire	0%	20€	**20€**	Facture [3]
Hébergement accompagnement enfant de moins de 16 ans	0%	31€ / nuitée	**31€ / nuitée**	Facture [3]
Péridurale - Amniocentèse	70%	30%	**100%**	
Forfait des dépenses liées à l'hospitalisation en Maternité	0%	145€	**145€**	Pour la maman adhérente, présentation des justificatifs de frais restants à charge
Cures Thermales soins – honoraires	65% ou 70%	35% ou 30%	**100%**	Une cure par an
Frais inhérents à la cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale	0%	150€ / an	**150€ / an**	Facture [3]
Transport (sauf cure)	65%	35%	**100%**	

Optique

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

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.

ÉQUIPEMENT «100% SANTÉ»		**PRISE EN CHARGE INTÉGRALE**		
Verres, monture tels que définis réglementairement [6]	60% ou 100%	100% FR - SS	**100% FR**	Prescription + Facture [3]
ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER B (TARIFS LIBRES SANS PLV) AVEC UNE PRISE EN CHARGE MAXIM UM DE 100 € POUR LA MONTURE				
Verres uni focaux, montures (catégorie A) [7]	60% ou 100%	Limité à 400€	**Limité à 400€**	Prescription + Facture [3]
Verres mixtes, montures (catégories B et D) [7]	60% ou 100%	Limité à 475€ / an	**Limité à 475€**	Prescription + Facture [3]
Verres progressifs, montures (catégories C, E et F) [7]	60% ou 100%	Limité à 550€	**Limité à 550€**	Prescription + Facture [3]
AUTRES PRESTATIONS				
Lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité Sociale	0%, 60% ou 100%	Limité à 450€/an hors TM	**Limité à 450€/an hors TM**	Prescription + Facture [3]
Chirurgie de la myopie	0%	153€/œil / an +150€/an	**153€ / œil / an +150€/an**	Facture [3]

100% SANTÉ DÈS LE 1ER JANVIER 2020[6]

Les garanties au 1er Janvier 2023 du **contrat Plus Couleur**

	Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels		Justificatifs à fournir à la Mutuelle
		Contrat Plus Couleur	Remboursement total	

NOUVEAU 100% SANTÉ 2021

Aides auditives (8)

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

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%	650€ / prothèse + 150€	**60% + 650€ / prothèse + 150€ limité à 1700€ par prothèse**	
AUTRES PRESTATIONS				
Réparation, entretien et piles pour prothèses auditives (9)	60%	40%+30% FR limité à 90€/an	**100% + 30% FR limité à 90€ / an**	Prescription + Facture (3)

Dentaire

100% SANTÉ DÈS LE 1ER JANVIER 2020 (6)

SOINS ET PROTHESES «100% SANTÉ» (6)	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 (6 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 (6 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	70%	30%	**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 1er Janvier 2023 du **contrat Plus Couleur**

	Régimes Obligatoires RO	Remboursement Mutuelle Dans la limite des frais réels		Justificatifs à fournir à la Mutuelle
		Contrat Plus Couleur	Remboursement total	

Bien être et prévention

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

Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie (13)	0%	30€/séance	**30€/séance**	Facture (3) Limité à 6 séances/an/spécialité
Acupuncture(13)**, Homéopathie**	0%	20€/séance	**20€/séance**	Facture (3)
Consultation Psychologue (10)	60%	40%	**100%**	Limité à 8 séances/an
Vaccins remboursés par la Sécurité Sociale	70%	30%	**100%**	
Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale	0%	FR (limité à 50 €/an)	**FR (limité à 50€/an)**	Prescription + Facture (3)
Sevrage tabagique (11)	65%	Forfait 80€/an	**65% + Forfait 80€/an**	Prescription + Facture (3)
Aliments sans gluten	60% ou 100%	100%	**160% ou 200%**	Prescription + Facture (3)

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 acquitées
(4) Y compris bilan postural
(5) Y compris les prestations d'appairage des verres de classe A et du supplément pour verres avec filtre.
(6) Le panier 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. 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.
(6 bis) S'effectue dans la limite des HLF pour tarifs maitrisés, mais pas de HLF pour tarifs libres.
(7) Voir fiche jointe pour optique (page 23)
(8) 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.
(9) 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
(10) Consultation de psychologue : prise en charge de 8 séances maximum par an, à raison de 40% de la base de remboursement de la SS, suite à une orientation par le médecin traitant vers un psychologue inscrit au répertoire du dispositif gouvernemental.
(11) Pour les traitements de substitution nicotinique
(12) Test HPV (dépistage du cancer du col de l'utérus)
(13) Ces professions étant réglementées, les praticiens et spécialistes doivent être inscrits aux répertoires ADELI ou RTPS pour donner lieu à remboursement RC

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

ANNEXE 2 - COTISATIONS 2023

Cotisations mensuelles 2023

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

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

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

Tranches d'âge	Contrat de base Noir/Blanc	Contrat Plus Couleur
0 - 20 ans	23,60€	39,10€
21 - 29 ans	27,30€	47,80€
30 - 39 ans	34,40€	55,10€
40 - 44 ans	38,60€	62,20€
45 - 49 ans	44,90€	70,10€
50 - 54 ans	52,50€	80,30€
55 - 59 ans	61,20€	89,50€
60 - 64 ans	67,50€	99,50€
65 - 69 ans	72,70€	106,60€
70 - 74 ans	78,20€	114,70€
75 - 79 ans	87,40€	124,70€
80 - 84 ans	97,90€	137,50€
85 - 89 ans	100,00€	141,50€
90 ans et +	101,80€	144,60€