

Mutuelle du Livre 2 – Numéro SIREN : 328.932.439

Siège social : 10 rue d'Avesnières 53012 LAVAL

Secrétariat : Maison diocésaine Cardinal Billé, 10 rue d'Avesnières, BP 31225, 53012 LAVAL

Permanences au secrétariat le mercredi de 14h à 17h

Tél. : 02 43 49 55 08 lors des permanences – 07 82 76 21 50 messagerie et rappel ultérieur - Email : mutuelle@mepcm.fr

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Article 1 - Objet du règlement

Le présent règlement mutualiste, régi par le code de la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements existants entre chaque membre participant de la MEPCM et la MEPCM en ce qui concerne les cotisations et les prestations relatives aux remboursements des frais de soins de santé, dans le cadre d'une adhésion à titre individuel.

Le présent règlement mutualiste a été adopté selon les dispositions prévues par l'article L.114-1 du code de la mutualité. La convention de substitution a été conclue le 2 janvier 2013 et l'avenant à cette convention de substitution signé le 12 décembre 2018 avec effet au 31 décembre 2018 dies ad quem.

Article 2 - Définitions

Pour l'application du présent règlement, on entend par :

- Adhérent : le membre participant qui adhère à la Mutuelle, pour lui-même et ses ayants droit.
- Assuré(s) : la ou les personne(s) couverte(s) par la garantie et désignée(s) sur le bulletin d'adhésion ou rattachée(s) postérieurement à la garantie à la demande de l'adhérent.
- Ayants droit : les personnes autres que l'adhérent, inscrites par lui à la garantie.

Peuvent être ayants droit :

- le conjoint, le concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité du membre participant
- ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20ème anniversaire ou son 28ème anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
- ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.
- Adhésion : engagement qui résulte de la réception par la MEPCM du dossier d'adhésion qui définit la liste des assurés, la date de la prise d'effet de cette adhésion.
- Dossier d'adhésion : dossier formé du bulletin d'adhésion avec tampon de la MEPCM signé par l'adhérent et/ou le représentant de la MEPCM, de l'autorisation de prélèvement et éventuellement des certificats de radiation du précédent organisme complémentaire.
- Date de notification : date de réception par la MEPCM de la demande d'adhésion, de radiation ou de modification écrite et signée par l'adhérent ou transmise par messagerie électronique.

Article 3 – Extrait de l'avenant à la convention de substitution – conséquences du retrait d'agrément

« En application de l'article L.211-5 du code de la Mutualité, Harmonie Mutuelle se substitue intégralement à la MEPCM pour l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par cette dernière ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relativement aux risques apportés, tels que ces risques sont définis dans les règlements mutualistes et dans les contrats collectifs de la MEPCM. »

« Harmonie Mutuelle donne à la MEPCM sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels. »

« Harmonie Mutuelle dispose, depuis le 1^{er} janvier 2012 pour les branches 1, 2 et 20 des agréments nécessaires. Si un agrément lui était retiré, les garanties seraient résiliées le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée aux membres participants ou aux souscripteurs de contrats collectifs. »

Article 4 – Formation et modifications, prise d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion

4.1 - Adhésion à la MEPCM

A - Pour être adhérent à la MEPCM, il faut être :

- enseignant en activité de l'Enseignement Catholique.
- ancien membre de l'Enseignement Catholique, en retraite, dès lors qu'il n'y a plus obligation d'adhésion à la mutuelle choisie par l'ancien établissement dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel (ANI)

B - Lors de son départ à la retraite, l'adhérent reste membre participant de la MEPCM et ses ayants droit gardent leur qualité d'assuré.

C - En cas de décès de l'adhérent, le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité acquiert la qualité de membre adhérent après signature d'un nouveau bulletin d'adhésion pour la durée de sa vie, les enfants orphelins peuvent continuer à bénéficier de la mutuelle dans les conditions prévues à l'article 4-1-G.

D - Tout adhérent de la MEPCM ayant occupé un poste d'ASEM ou d'AES, non cadre, bénéficie d'une remise de 5% sur la totalité de la cotisation familiale, sur présentation d'un justificatif.

E - Lorsque l'un des conjoints, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité est enseignant et l'autre membre du personnel anciennement rémunéré par un OGEC ou l'UDOGEC, c'est le tarif enseignant qui est appliqué pour le calcul de la cotisation familiale.

F - Tous les documents concernant l'adhésion, la modification de la liste des ayants droit ou la radiation doivent être envoyés à la MEPCM et non directement à Harmonie Mutuelle

G - Les enfants peuvent garder leur qualité d'ayant droit jusqu'à la date du 31 décembre suivant leur 28^{ème} anniversaire sur production de pièces justificatives attestant qu'ils sont placés dans l'une des situations suivantes:

- en apprentissage dans les conditions déterminées par le Code du Travail
- poursuite d'études
- intérim
- recherche d'emploi
- bénéficiaire d'un contrat à durée déterminé
- bénéficiaire d'un contrat d'insertion professionnelle.

Ils gardent cette qualité au-delà de leur 28^{ème} anniversaire s'ils sont en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

H - En cas de bénéfice pour l'adhérent d'un contrat collectif et obligatoire souscrit par ailleurs, le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité a la possibilité d'acquérir la qualité de membre participant après signature d'un nouveau bulletin d'adhésion ; les enfants peuvent continuer à bénéficier de la mutuelle en tant qu'ayant droit.

4.2 - Formation de l'adhésion

Pour adhérer, les assurés d'un même dossier d'adhésion doivent dépendre d'un régime d'assurance maladie français.

L'adhérent doit répondre avec exactitude et sans omission aux informations demandées qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.

En cas d'omission ou d'inexactitude, et si celle-ci est intentionnelle :

- la garantie est nulle et réputée n'avoir jamais existé
- les cotisations sont acquises à la Mutuelle à titre de dommages et intérêts.

Pour la mise en place et la gestion des adhésions effectuées dans le cadre du présent règlement, la Mutuelle s'interdit de demander aux assurés des informations d'ordre médical.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des dispositions des statuts, des droits et obligations définis par le présent règlement, par le descriptif des garanties choisies et par la notice d'information des garanties d'assistance. L'adhérent reçoit préalablement à la signature du bulletin d'adhésion un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

4.3 - Prise d'effet de l'adhésion et des modifications

La date d'effet de l'adhésion ou de la modification de l'adhésion est indiquée sur le bulletin d'adhésion en prenant pour référence le jour de notification:

- soit au 1^{er} jour du mois de notification
- soit au 1^{er} jour d'un des mois suivants de l'année civile en cours ou au 1^{er} janvier de l'année suivante

La date d'effet d'une modification peut être antérieure à la date de notification, sans qu'elle puisse être antérieure à la date d'effet de l'adhésion dans les cas et conditions suivantes :

- En cas de naissance ou d'adoption, l'adhésion de l'enfant prend effet au jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au jour de réception de la demande.
- En cas de nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou conclusion d'un pacte civil de solidarité, l'adhésion prend effet au jour de la survenance de l'évènement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent l'évènement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au jour de réception de la demande.
- En cas de décès, la résiliation de l'assuré prend effet au jour du décès.
- En cas de perte de régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent ou d'attribution de la CMU-C à l'adhérent ou d'adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire, la résiliation prend effet le dernier jour du mois de la demande de l'évènement.

4.4 - Conditions et date de prise en compte des demandes d'adhésion ou de modification de l'adhésion

Toute demande d'adhésion, de changement ou de radiation doit faire l'objet d'une notification écrite, datée et signée par l'adhérent ou par l'envoi d'une demande par messagerie électronique.

La date prise en compte par la Mutuelle est la «date de notification».

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai de deux mois à compter de sa survenance :

- tout changement de domicile
- toute modification dans la composition des membres de la famille mentionnés lors de l'adhésion comme assuré
- tout changement de situation familiale
- tout changement de situation au regard du régime d'assurance maladie obligatoire.

4.5 - Durée et renouvellement de l'adhésion

La garantie vient à échéance au 31 décembre. Elle se renouvelle pour une nouvelle période de douze mois, par tacite reconduction, sauf dénonciation selon les modalités prévues à l'article 9.

4.6 - Renonciation

4.6.1 Adhésion en agence

L'adhérent peut renoncer à son adhésion en envoyant à l'adresse du siège social de la MEPCM, dans un délai de 14 jours maximum à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, une lettre recommandée qui peut être rédigée comme suit :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... » Date et signature.

La Mutuelle s'engage dans ce cas à restituer à l'adhérent, dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées en application du contrat.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais, et au plus tard dans les trente jours à compter du jour où il communique à la Mutuelle sa volonté de se rétracter, toute somme qu'il a reçue de cette dernière.

4.6.2 Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, bénéficie d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ou supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet (c'est-à-dire du jour de la signature du bulletin d'adhésion) ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

L'adhérent doit adresser dans ce délai de 14 jours précité, à l'adresse du siège social de la Mutuelle, une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique qui peut être rédigé comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... » Date et signature.

La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du présent règlement mutualiste.

Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par l'adhérent de sa volonté de se rétracter.

Au-delà, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où il communique à la Mutuelle sa volonté de se rétracter

4.6.3 Démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, à adresser à l'adresse du siège social de la Mutuelle.

Modèle de rédaction de renonciation : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... » Date et signature.

La Mutuelle s'engage dans ce cas à restituer à l'adhérent, dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées en application du présent règlement mutualiste.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais, et au plus tard dans les trente jours à compter du jour où il communique à la Mutuelle sa volonté de se rétracter, toute somme qu'il a reçue de cette dernière.

Article 5 – Garanties

5.1 Définition des garanties

Les adhérents de la MEPCM et leurs ayants droit bénéficient des garanties indiquées sur le dossier joint en annexe. Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et, le cas échéant, à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

À ces garanties s'ajoutent les garanties supplémentaires d'assistance dont bénéficie l'adhérent et, le cas échéant, ses ayants droit.

Ces garanties d'assistance ont été souscrites sous forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de l'Assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutualistes Assurances (RMA), union technique soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin – BP 62127 – 44121 Vertou Cedex au profit de ses adhérents et de ses ayants droit.

Celles-ci font partie intégrante et suivent le sort de l'adhésion aux garanties de frais de santé.

Une notice d'information spécifique à ces garanties est remise aux adhérents. Ces garanties sont révisables et résiliables annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

5.2 Contrats solidaires et responsables

La mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité Sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

5.3 Limitation de prise en charge dans le cadre du contrat responsable

Dans le cadre de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par la Sécurité sociale en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés, défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

Article 6 – Evolution de la garantie et du règlement

La garantie et le présent règlement peuvent évoluer par décision de l'Assemblée Générale. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

Article 7 - Prestations

7.1 – Prise d'effet des prestations

La prise d'effet des prestations coïncide avec la prise d'effet de l'adhésion.

7.2 – Base de remboursement

Le montant des prestations dépend des niveaux de garantie choisie par l'adhérent pour lui-même et ses ayants droit. Il est indiqué au descriptif de la garantie transmis à l'adhésion. Les remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et de la Mutuelle sont indiqués à titre informatif. La Mutuelle ne peut en effet s'engager que sur sa participation.

Sauf autres dispositions indiquées aux descriptifs de la garantie, le remboursement de la Mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), en cas de changement de taux de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré, décidé par voie législative, réglementaire, ou ministérielle, et sauf décision contraire de son Assemblée Générale ou du Conseil d'administration de la Mutuelle sur délégation de l'Assemblée générale, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif de la garantie, avant la modification.

La décision de l'Assemblée générale ou du Conseil d'administration est notifiée à l'adhérent.

7.3 – Calcul des prestations

La Mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte pour tous les actes médicaux figurant sur les documents justificatifs adressés par l'adhérent à Harmonie Mutuelle et donnant lieu à indemnisation par celle-ci conformément au descriptif des garanties.

La participation de la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à charge de l'assuré en déduisant les remboursements des régimes obligatoires et éventuellement des autres régimes complémentaires.

Les prestations figurant sur le descriptif de garantie remis à l'adhérent sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement défini par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros.

Lorsqu'aux descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que défini ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées aux descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

L'adhérent conserve dans tous les cas la liberté du choix de son professionnel de santé.

Les prestations ne sont assurées que pendant la période d'effet de la garantie, conformément aux dispositions du présent règlement mutualiste, sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article 8.

7.4 – Paiement des prestations

Le calcul et le paiement des prestations sont effectués directement par la mutuelle Harmonie Mutuelle qui s'est substituée à la MEPCM pour la constitution des garanties proposées par la mutuelle MEPCM et qui a reçu une délégation de gestion de cette dernière.

Les prestations garanties sont versées directement à l'adhérent sur production :

- des originaux des décomptes des prestations délivrés par le régime obligatoire d'assurance maladie
- des documents nécessaires à Harmonie Mutuelle pour fixer le montant des dépenses engagées par les assurés (notes d'honoraires, ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif)
- si nécessaire, des originaux des décomptes des prestations délivrés par un autre régime complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'assuré.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais dépendus.

L'assuré est dispensé de l'envoi des seuls décomptes de prestations servies par le régime d'assurance maladie lorsque sa caisse d'affiliation les transmet à Harmonie Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par Harmonie Mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'assuré, sur lesquels apparaît la mention «copie transmise à votre Mutuelle».

L'assuré a la possibilité de renoncer à ce service dans les conditions prévues à l'article 12.

7.5 – Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées aux descriptifs de la garantie, sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception et, selon la garantie choisie, pour les autotests et l'automédication ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, la médecine complémentaire telle que définie dans les descriptifs de garantie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et, selon la garantie choisie, la psychologie ;
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation (1) ou la maternité (2) ;
- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue aux descriptifs de la garantie, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

(1) Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :

- en cas d'hospitalisation avec nuitée(s)
- ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(2) Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

7.6 – Information et règles du paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros.

Un relevé mensuel des remboursements (décomptes) de la Mutuelle est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a lui-même désignée par courrier ou voie électronique

Dans le cas où des conventions de tiers-payant auraient été passées avec les professions de santé et établissements hospitaliers, les remboursements de frais pourront, suivant ces conventions, être réglés tout ou partie directement à ces professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dispensant ainsi l'assuré de faire l'avance de tout ou partie des frais, le reliquat éventuel étant réglé à l'assuré sur présentation des justificatifs nécessaires au traitement du dossier par la Mutuelle.

7.7 Non-prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (côtés DE par les professionnels de santé dans le cadre des rapports conventionnels avec l'Assurance maladie obligatoire) ;
- les cures médicales en établissements de personnes âgées, les frais liés aux séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les établissements médico-sociaux (MAS), y compris les maisons d'accueil spécialisées, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées, y compris les établissement d'hébergements pour personnes dépendantes (EHPAD) ;
- la chambre particulière facturée pour le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

Article 8 - Cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance par l'adhérent, par prélèvement, virement bancaire ou chèque bancaire adressé directement à la MEPCM.

Le montant des cotisations est déterminé chaque année par le l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration sur délégation de l'Assemblée générale, selon un barème qui tient compte de l'âge de chaque assuré. Ce barème est joint à l'appel des cotisations.

8.1 – Non-paiement des cotisations

L'adhérent dispose d'un délai de dix jours suivant la date limite de paiement pour régler la cotisation ou fraction de cotisation.

A l'issue de ce délai, en cas de non-paiement, la Mutuelle adresse à l'adhérent une lettre de mise en demeure de régler sa cotisation.

Si la cotisation n'est pas réglée au bout des 30 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, la garantie est suspendue à cette date pendant un délai de 10 jours, puis résiliée au terme de ce délai (soit 40 jours après la mise en demeure de payer).

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension de la garantie intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La suspension de garantie n'empêche pas la Mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due et des frais de recouvrement et de contentieux.

En cas de résiliation, les assurés perdent leurs droits aux prestations garanties, pour les dépenses occasionnées pour des soins de toute nature afférents à la période de suspension, même si la cotisation impayée est réglée ultérieurement.

La garantie non résiliée reprend ses effets dès qu'ont été payés à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

8.2 – Dispense de cotisations

8.2.1 - En cas de décès ou d'Invalidité Totale et Permanente du membre participant

En cas de décès ou d'Invalidité Totale et Permanente du membre participant (classée en troisième catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale), survenu au plus tard le 31 décembre de son 60^e anniversaire, les assurés tels que définis à l'article 2 du présent Règlement mutualiste sont dispensés du paiement de leurs cotisations à partir du jour du décès du membre participant, sur présentation du bulletin de décès, ou du 1er jour du mois qui suit la réception de la notification d'invalidité totale et permanente délivrée par l'assurance maladie, et ce jusqu'à la fin du 6^{ème} mois consécutif.

8.2.2 - En cas d'inscription du nouveau-né ou adoption

L'adhérent qui inscrit un enfant dans les trois mois qui suivent sa naissance ou son adoption est dispensé du paiement de la cotisation de cet enfant pour le mois de sa naissance ou de son adoption et le mois qui suit.

Article 9 – Résiliation de la garantie ou d'un assuré à la garantie

9.1 - Par l'adhérent

9.1.1 - Résiliation en fin d'année

L'adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en notifiant à la Mutuelle sa demande de résiliation avant le 31 octobre de l'année selon les modalités prévues à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, à savoir au choix de l'adhérent :

- soit par lettre ou tout autre support durable
- soit par une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle
- soit par un acte extrajudiciaire
- soit, lorsque la mutuelle propose l'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de résiliation.

9.1.2 - Résiliation en cours d'année

Aucune résiliation n'est acceptée en cours d'année, en dehors des cas suivants,

- en cas de décès
- en cas de divorce ou de séparation
- en cas d'adhésion à un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire
- au cas où un mineur de plus de seize ans devient assuré social et souscrit sa propre garantie
- au cas où un assuré ne dépend plus d'un régime d'assurance maladie français
- au cas où l'adhérent bénéficierait de l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue aux articles L.861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale dénommée Complémentaire Santé Solidaire à l'adhérent.

Les demandes devront faire l'objet d'une notification écrite, datée et signée par l'adhérent. Dans ces cas, la radiation de l'assuré pourra prendre effet au jour de survenance de l'évènement à la condition toutefois que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations ou délivré de prise en charges et que l'assuré déclare sur l'honneur ne pas avoir utilisé les services de la Mutuelle entre la date de résiliation et la date de notification.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent ou à l'assuré la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

9.1.3 - Résiliation infra-annuelle

L'adhérent peut mettre fin à la garantie sans frais ni pénalités à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion au présent règlement mutualiste, selon les conditions et modalités définies à l'article L. 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.

Le support de résiliation peut être, au choix de l'adhérent :

- une lettre simple ou tout autre support durable
- une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle
- un acte extrajudiciaire
- lorsque la mutuelle propose l'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication.

La mutuelle atteste par écrit la réception de la notification de résiliation.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

9.2 - Par la Mutuelle

La Mutuelle décide de la résiliation de la garantie en cas de non-paiement des cotisations, selon les modalités prévues à l'article 8.1.

Les cotisations antérieurement versées par cet adhérent demeurent acquises à la Mutuelle.

Par ailleurs, en cas de retrait d'agrément, accordé à la mutuelle, par les autorités de tutelle, la résiliation des adhésions est automatique le 40^{ème} jour à midi à compter de la date de publication de la décision de retrait d'agrément.

9.3 - Conséquence de la résiliation

Lors de la résiliation de la garantie, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la Mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Article 10 – Subrogation

Conformément à l'article L.224-9 du code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans ses droits et actions envers le tiers responsable, que la responsabilité de celui-ci soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses de santé engagées par la Mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré. Si l'assuré est garanti par un contrat d'assurance individuelle accident, la Mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance.

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la Mutuelle. À défaut d'information par l'adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs un droit de recours contre la victime de l'accident pour obtenir le remboursement des prestations versées suite à cet accident.

Article 11 – Délais de prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court, en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ; en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites, au plus tard, trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L.100 du Code des postes et télécommunications électroniques.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- une demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente,
- un acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.

Article 12 – Échanges de données

La gestion des prestations est directement assurée par Harmonie Mutuelle qui a reçu une délégation de gestion de la MEPCM. Aussi, les assurés qui sont référencés dans les fichiers de l'assurance maladie bénéficient-ils des traitements d'échanges informatisés entre Harmonie Mutuelle et leur régime de base dans le cadre des conventions passées entre les deux organismes.

Ces échanges les dispensent de l'envoi à Harmonie Mutuelle de leurs décomptes de remboursements effectués par leur régime de base.

Ils ne les dispensent pas de l'envoi à Harmonie Mutuelle de factures d'honoraires ou de toutes factures de leurs dépenses de santé, acquittées, nécessaires pour les besoins du traitement de leurs dossiers par Harmonie Mutuelle. Les adhérents ont la possibilité conformément à la Commission Informatique et libertés de renoncer aux échanges entre Harmonie Mutuelle et leur régime d'assurance maladie

L'assuré a la possibilité de renoncer à ce service en exprimant son refus au moyen d'une simple lettre adressée à Harmonie Mutuelle qui s'engage à communiquer à la caisse d'affiliation de l'assuré cette décision, dans le mois qui suit sa date de réception.

Article 13 – Protection des données à caractère personnel

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayant-droits, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts.

La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour :

- le recouvrement et le contentieux ;
- son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle,
- le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées ;
- le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ;
- toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation.

En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités.

Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle. Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la mutuelle par courrier postal adressé à La Mutuelle MEPCM – Service DPO – 10 rue d'Avesnières 53012 LAVAL Cedex ; mail : bernard.boudier@mepcm.fr

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés - CNIL - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr).

Article 14 – Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle. À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service Qualité Relation Adhérents d'Harmonie Mutuelle au CS81021 – 49010 Angers Cedex 01.

Enfin, conformément aux articles à l'article L. 612-1 et R.616-1 du code de la consommation, le réclamant peut recourir gratuitement au service de médiation MEDIATION CONSOMMATION DEVELOPPEMENT/MED CONSO DEV SAS CNPM MEDIATION CONSOMMATION dont relève la mutuelle : par voie électronique sur le site <https://medconsodev.eu> www.cnpm-mediation-consommation.eu ou par voie postale à SAS CNPM Médiation Consommation – 27 avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND. MEDIATION CONSOMMATION DEVELOPPEMENT/MED CONSO DEV - Centre d'Affaires Stéphanois SAS - Immeuble l'Horizon – Esplanade de France - 3, rue J. Constant MILLERET – 42000 SAINT-ÉTIENNE.

Article 15- Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest – 75436 Paris cedex 9.

Article 16 – Date d'application et évolution de la garantie et du règlement

Le présent règlement prend effet au 1^{er} janvier 2026.

La garantie et le présent règlement peuvent évoluer par décision de l'Assemblée générale. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

Le président :