

## DENOMINATION DE LA MUTUELLE

Il est constitué une mutuelle dénommée LES MUTUELLES LIGERIENNES qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité. La Mutuelle est immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 313 309 080.

## SIÈGE DE LA MUTUELLE

Le siège de la mutuelle est situé 12 Rue Beausoleil – 44116 VIEILLEVIGNE (L.-A.)  
Tél : 02.40.26.52.40

Mail : [vieillevigne@lesmutuellesligeriennes.com](mailto:vieillevigne@lesmutuellesligeriennes.com)

Le règlement mutualiste a pour objet de définir les engagements réciproques entre la mutuelle et ses membres participants, tels que définis dans ses statuts, en ce qui concerne le régime des prestations et des cotisations et résultant d'une adhésion individuelle ou d'un contrat collectif.

Le règlement peut être modifié dans les conditions prévues par les statuts de la mutuelle, (Article 7 TITRE I des statuts).

Les garanties proposées par la mutuelle sont soumises aux dispositions du Livre II du code de la mutualité.

## TITRE I OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES MEMBRES PARTICIPANTS Chapitre I Catégories de bénéficiaires

### Article 1

Les membres participants à la mutuelle se répartissent en 2 catégories :

**Catégorie A :** elle comprend les membres inscrits individuellement : les membres participants signent un bulletin d'adhésion, cette signature entraîne l'acceptation des statuts, du règlement mutualiste et du règlement intérieur de la mutuelle et donne la qualité de membre participant.

**Catégorie B :** elle comprend les membres inscrits collectivement : la qualité de membre participant résulte de la signature du contrat. Les droits et obligations de la mutuelle et du contractant sont constatés dans le contrat signé entre la mutuelle et la personne morale souscriptrice.

Sont bénéficiaires des prestations servies par la mutuelle, les membres participants et leurs ayants droits.

### Article 2

Les membres qui ne rempliraient plus les conditions d'appartenance à leur catégorie peuvent être transférés dans la catégorie correspondant à leur nouvelle situation.

Dans cette hypothèse le changement de catégorie prend effet :

Au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant le changement de situation pour le calcul des cotisations, et le versement des prestations.

A cet effet, les membres participants doivent signaler dans le mois qui suit tout changement intervenant dans leur situation :

- son état civil
- son adresse
- son Régime d'assurance maladie Obligatoire ou celui de ses ayants droit
- sa situation matrimoniale et familiale
- ses coordonnées bancaires
- sa situation socio professionnelle
- et plus généralement tout événement ou toutes modifications pouvant avoir un effet sur l'application du présent règlement mutualiste.

## Chapitre II

### Obligations des membres participants et de leurs bénéficiaires envers la mutuelle

#### Article 3

Les membres honoraires (statuts article 11) paient une cotisation fixée à 1 euro par mois par ayant-droit.

#### Article 4

Les membres participants s'engagent pour eux et leurs ayants droit au paiement d'une cotisation affectée à la couverture des prestations servies par la mutuelle et des frais de fonctionnement.

Cette cotisation comprend les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs et/ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

### Section 1 – Cotisations des membres inscrits à titre individuel

#### Article 5

La cotisation due par les membres inscrits à titre individuel varie selon :

- l'âge du membre participant et des bénéficiaires qui est apprécié au premier jour de l'année civile en cours
- la garantie souscrite
- la catégorie
- en fonction de la durée d'appartenance à une mutuelle.

L'adhésion au présent règlement est effectuée dans le cadre de l'année civile et prend fin au 31 décembre de chaque année. Elle est renouvelable par tacite reconduction pour une nouvelle période de 12 mois.

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion à effet du 31 décembre, sous réserve d'un délai de préavis de 2 mois, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception, c'est-à-dire au plus tard le 31 octobre. La date limite d'exercice de ce droit à dénonciation de l'adhésion est rappelé avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisations. (Article 14 statuts).

En cas d'adjonction de bénéficiaires, en cas d'exonération du ticket modérateur ou de changement de régime obligatoire, la cotisation est modifiée à partir du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'événement.

Si l'événement intervient le premier jour du mois, la modification de la cotisation intervient le jour de l'événement.

Le membre participant doit immédiatement prévenir la mutuelle en justifiant ce changement. En cas de retard injustifié, il ne pourra prétendre au remboursement des cotisations versées.

Par événement on entend la date à laquelle la mutuelle a été avisée.

#### Article 6

Des exonérations partielles peuvent être accordées :

- Pour les familles nombreuses : la cotisation n'est due que pour deux enfants. Gratuité du mois de naissance. (Article 5 du règlement intérieur)

- Aux personnes justifiant d'une exonération de ticket modérateur par leur régime obligatoire.

Elles sont fixées par le règlement intérieur de la mutuelle.

#### Article 7

### Révision des cotisations pour les membres inscrits individuellement

La révision des cotisations est calculée en fonction du résultat des 9 premiers mois de l'année.

Pour le membre participant, à partir de 20 ans, elle augmente au cours de l'année au premier du mois qui suit la date anniversaire de celui-ci.

#### Article 8

### Majorations des cotisations pour adhésions tardives

Les membres participants inscrits après :

-70 ans : cotisation multipliée par 1.10

-80 ans : cotisation multipliée par 1.20

-90 ans : cotisation multipliée par 1.30

#### Article 9

### Cotisations pour demandeurs d'emploi en fin de droits

La cotisation est égale à la cotisation de leur tranche d'âge x 0.80 pour chaque membre de la famille.

Condition indispensable : être membre participant à la mutuelle depuis plus de 5 ans et présenter un justificatif de l'ASSEDIC.

#### Article 10

### Dispositions spéciales pour les membres honoraires

Ils peuvent à tout moment devenir membres participants sans subir de stage et sans majoration de cotisation.

### Section 2 – Dispositions communes aux membres inscrits individuellement

#### Article 11

### Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

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

*Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.*

*Dans l'hypothèse où une série d'actes aurait été prescrite avant la date de radiation, la mutuelle n'interviendra que pour les actes exécutés antérieurement à cette date.*

Par acte, il y a lieu d'entendre l'ensemble des actes réalisés par la profession médicale et paramédicale ainsi que la délivrance des produits pharmaceutiques.

### Section 3 – Modalités de paiement – Sanctions – Prescription

#### Article 12

Les cotisations fixées annuellement font l'objet d'un avis d'appel établi par la mutuelle et adressé à chaque membre participant.

Les cotisations dues par les membres inscrits individuellement sont payables :

Soit mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement par prélèvement (bancaire, postal, etc...), par chèque ou espèce.

#### Article 13

A défaut de paiement dans les délais indiqués ci-dessus, la mutuelle procédera au recouvrement des cotisations majorées des frais de

recouvrement par tout moyen à sa convenance et notamment par voie judiciaire.

#### Suspension et remise en vigueur des garanties

En cas de défaut de paiement des cotisations, dans un délai de 10 jours, envoi d'une lettre de mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure.

#### Résiliation des garanties par les membres participants

Chaque membre participant peut demander la résiliation des garanties qui lui sont offertes par la mutuelle dans les deux cas suivants :

A la fin de chaque année civile, à la condition d'adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle, au moins deux mois avant la fin du contrat annuel soit le 31 décembre.

Lors d'une modification de sa situation, lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont pas remplies :

- . changement de domicile
- . changement de situation matrimoniale
- . changement de régime matrimonial
- . changement de profession
- . retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, en adressant une lettre recommandée dans les trois mois qui suivent la date de l'évènement. Dans ce cas, la fin de l'adhésion prend effet un mois après la réception de sa notification (Article L221-7 et L221-17 du Code de la Mutualité).

Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse au membre participant la partie de la 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.

#### Résiliation des garanties par la mutuelle

La mutuelle peut résilier les garanties fournies au membre participant dans les cas suivants :

1- En cas de défaut de paiement des cotisations, dans un délai de 10 jours, envoi d'une lettre de mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure. Dans ce cas la résiliation prend effet 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours. (L221-7 du code de la mutualité)

2- Lors d'une modification de la situation du membre participant, lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies, ou en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle, de cessation définitive d'activité professionnelle, en adressant une lettre recommandée dans les trois mois qui suivent la date de l'évènement

Dans ces cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de sa notification (Article L221-17 du Code de la Mutualité).

Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse au membre participant la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date de la résiliation.

Conformément aux dispositions de l'article L221-15 du Code de la Mutualité pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

## Chapitre III

### Obligations de la mutuelle envers ses membres participants

#### Section 1 – Prise d'effet des garanties

##### Article 14

Le droit aux prestations prend effet :

Pour les membres inscrits individuellement :

Membres âgés de moins de 30 ans :

**A la signature du bulletin d'adhésion**

Membres âgés de moins de 50 ans :

**Après un stage de 2 mois s'ils n'ont à ce jour aucune garantie**

Membres âgés de moins de 50 ans ayant déjà une complémentaire santé :

**A la signature du bulletin d'adhésion**

Membres âgés de plus de 50 ans :

**Après un stage de 4 mois s'ils n'ont à ce jour aucune garantie**

Il peut être mis un terme à cette adhésion ou contrat dans les conditions de formes et de délais prévus au présent règlement.

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion ou sur le contrat.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions du présent règlement. Les garanties dont bénéficient les adhérents sont fournies à la signature du bulletin d'adhésion

##### Article 15

Le versement des prestations est subordonné :

. Au paiement préalable des cotisations

. A l'accomplissement d'un stage éventuel prévu à l'article 14.

. A la production du décompte original établi par le régime d'obligation et si nécessaire, d'une pièce justificative des dépenses réellement engagées.

### Section 2 - Tarif de responsabilité de la mutuelle

##### Article 16

La mutuelle intervient en complément des Régimes d'Obligation

Elle rembourse suivant la garantie choisie

-le ticket modérateur entièrement ou partiellement sur la base du Tarif de Convention

-les prestations supplémentaires.

##### Article 17

Le montant des prestations servies par la mutuelle ne peut en aucun cas être supérieur aux dépenses restant à la charge effective du membre participant.

### Section 3 - Prestations offertes par la mutuelle

##### Article 18- Ticket Modérateur

Sont couverts par la mutuelle dans la limite des tarifs homologués les risques suivants :

- . Les actes médicaux : consultations, visites d'omnipraticiens ou de spécialistes, visites de nuit, dimanche et jours fériés, déplacements
- . Les actes paramédicaux : analyses, biologie, laboratoires, soins infirmiers (actes et déplacements) pédicures, orthophonistes, kinésithérapeutes
- . L'optique et l'orthoptie
- . Le petit appareillage, l'orthopédie : semelle intérieure, bas de contention, etc...
- . La cure thermale
- . La pharmacie : vignettes blanches, bleues, oranges
- . Les actes chirurgicaux cotés moins de K50 (les actes cotés plus de K50 sont pris en charge à 100% par les caisses R.O.)
- . L'hospitalisation
- . La radiologie, l'ostéodensitométrie
- . Les soins dentaires, les prothèses dentaires, l'orthodontie.

##### Article 19

##### Prestations offertes par la mutuelle

En fonction de la garantie choisie, la mutuelle verse des prestations supplémentaires pour :

##### 1- Le dépassement d'honoraire des consultations de spécialistes.

La mutuelle verse un forfait calculé sur la base de remboursement des Régimes Obligatoires et déterminé suivant la garantie et selon la réglementation en vigueur. Le décompte du Régime d'Obligation est demandé (si besoin).

##### 2- Les dépassements d'honoraire chirurgiens et anesthésistes

La mutuelle verse un forfait calculé sur le montant du dépassement d'honoraire et déterminé suivant la garantie, selon la réglementation en vigueur.

Le membre participant doit fournir un justificatif.

##### 3- Le forfait journalier (Décret n° 83-260 du 31 mars 1983)

La mutuelle verse un forfait égal au tarif en vigueur pour les contrats responsables et solidaires : un délai est notifié pour les contrats non responsables et non solidaires.

Le versement du forfait se fait directement à l'hôpital ou à la clinique. Si le membre participant a payé, il doit fournir la facture acquittée à la mutuelle.

##### 4- La chambre particulière.

##### Hospitalisation avec ou sans intervention chirurgicale

La mutuelle verse un forfait par jour sans limitation du nombre de jours suivant la garantie.

Le membre participant doit fournir un justificatif (si besoin).

##### Hospitalisation en Etablissements Psychiatriques

La mutuelle verse un forfait annuel par jour suivant la garantie.

Le membre participant doit fournir un justificatif (si besoin).

##### Séjour en Centre de Convalescence – Maison de Repos

La mutuelle verse un forfait par jour pendant 20 ou 30 jours suivant la garantie. Le membre participant doit fournir un justificatif (si besoin).

##### Hospitalisation en Ambulatoire

La mutuelle verse un forfait pour la journée suivant la garantie.

Le membre participant doit fournir un justificatif (si besoin).

##### 5- L'accompagnement de personnes hospitalisées

La personne hospitalisée et l'accompagnant doivent être tous deux adhérents à la mutuelle afin de pouvoir bénéficier du forfait versé par jour suivant la garantie.

Le membre participant doit fournir un justificatif détaillé de ses frais (lit accompagnant + repas) le montant des prestations servies par la mutuelle ne peut être supérieur aux frais restants à la charge du membre participant (Art. 11 – Règlement Intérieur).

##### 6- L'optique.

Disposition applicable au 1er janvier 2020

Equipement d'optique médicale : une monture et deux verres

- Renouvellement de la prise en charge par la Sécurité Sociale possible au terme d'une période de 2 ans date d'acquisition de l'équipement, sauf variation de la vue et sauf pour les enfants de moins de 16 ans.
- Tarifs et PLV pour les prestations d'adaptation et d'appairage
- Tarifs classe A (reste à charge à zéro)
  - Base de 9,75€ à 35,25 € par verre pour les verres unifocaux pour des prix limite de vente de 32.50€ à 117.50 € par verre pour les verres unifocaux
  - de 13,50€ à 39 € par verre pour les verres multifocaux hors progressifs pour des prix limite de vente de 45€ à 130 € par verre pour les verres multifocaux hors progressifs
  - de 22,50€ à 51 € par verre pour les verres progressifs pour des prix limite de vente de 75€ à 170 € par verre pour les verres progressifs
  - 6 € par verre pour les verres neutres pour des prix limite de vente de 20 € par verre pour les verres neutres
  - 9 € pour la monture pour un prix limite de vente de 30 € pour la monture
- Tarifs classe B
  - Verre : BRSS 0,05 € par verre (quel qu'il soit)
  - Monture : BRSS 0,05 €
  - Aucune limite de tarifs de vente

L'opticien devra obligatoirement présenter un devis avec les Deux classes : classe A et classe B

##### Lunettes

La mutuelle verse un forfait annuel dont le montant est déterminé suivant la garantie et suivant la réglementation en vigueur.

##### Lentilles

La mutuelle verse un forfait annuel dont le montant est déterminé suivant la garantie.

Les forfaits lunettes et lentilles peuvent être cumulés.

Le membre participant doit fournir la facture de l'opticien si pas de prise en charge avec l'opticien.

##### Chirurgie réfractive.

La mutuelle verse un forfait par intervention suivant la garantie.

Le membre participant doit fournir un justificatif.

**7- Les prothèses auditives mono ou stéréo**

La mutuelle verse un forfait annuel déterminé suivant la garantie et suivant l'appareillage mono ou stéréo selon la réglementation en vigueur.

Le membre participant doit fournir un justificatif.

**8- Dentaire****Les prothèses dentaires**

La mutuelle verse un pourcentage calculé sur la base de remboursement des Régimes Obligatoires dans la limite d'un plafond autorisé et selon la réglementation en vigueur.

Le pourcentage de calcul et le plafond sont déterminés suivant la garantie.

**Forfait implant – parodontologie**

La mutuelle verse un forfait annuel suivant la garantie.

**L'orthodontie**

La mutuelle verse un forfait calculé sur la base de remboursement des Régimes Obligatoires.

Le pourcentage de calcul est déterminé suivant la garantie.

**9-Forfait bien être**

La mutuelle verse un forfait par année civile déterminé suivant la garantie.

**10-L'ostéodensitométrie**

La mutuelle verse un forfait par année civile selon la garantie.

**11-Aide et assistance suite à une hospitalisation**

La mutuelle prend en charge un nombre d'heures défini par la convention avec un sous-traitant choisi par la mutuelle. Le détail de la prestation est remis lors de la signature du bulletin d'adhésion.

**12-La naissance – L'adoption**

La naissance ou l'adoption doit être déclarée dans le mois qui suit l'évènement. Le versement de la prime est conditionné à l'adhésion de l'enfant.

Le membre participant doit fournir un extrait d'acte de naissance ou d'adoption.

**13-Forfait contraceptif**

La mutuelle verse un forfait annuel suivant la garantie.

**14-Forfait sevrage tabagique**

La mutuelle verse un forfait annuel suivant la garantie.

**15-Petit appareillage, orthopédie**

La mutuelle verse un forfait égal à un pourcentage (suivant la garantie.) de la base des Régimes Obligatoires.

Le décompte du Régime Obligatoire peut être demandé.

**16-Cure thermale**

La mutuelle verse un forfait par année civile en fonction de la garantie.

**17-Forfait annuel médicaments non remboursables par le Régime Obligatoire**

La mutuelle verse un forfait par année civile en fonction de la garantie.

**Article 20**

La mutuelle n'intervient pas sur les conséquences de :

.La guerre étrangère ou la guerre civile

.Fait intentionnel du membre participant (mutilation volontaire)

.Maladies ou accidents occasionnés par la désintégration du noyau atomique.

**Article 21****Assurances cumulatives**

En cas de survenance d'un risque particulier (accident scolaire, sportif, accident de la chasse, etc...) ayant fait l'objet d'une assurance spéciale auprès d'un autre organisme, la mutuelle n'intervient qu'à titre complémentaire de l'indemnisation versée par ledit organisme.

**Article 22****Réassurance**

La mutuelle peut se réassurer pour tout ou partie des risques qu'elle couvre près d'un organisme technique.

**Article 23****Coassurance**

La mutuelle peut co-assurer tout ou partie des risques couverts par une autre mutuelle.

**Section 4 - Les Garanties****Article 24**

Les membres inscrits individuellement ont le choix de plusieurs garanties :

**-PRIM'AGE** : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

**-PREMS** : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

**-OSE** : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

**-TEMPO** : Ticket Modérateur partiel + prestations supplémentaires

**-PRIMA** : Ticket Modérateur intégral + Forfait journalier

**-MEDIUM** : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

**-TONUS** : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

**-TONUS+** : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

**-SILVER** : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

**-SILVER+** : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

**-ALFA** : Ticket Modérateur pour la pharmacie vignettes bleues et oranges + prestations supplémentaires

**-ALFA+** : Ticket Modérateur pour la pharmacie vignettes bleues et oranges + prestations supplémentaires

**-SENIOR** : Ticket Modérateur intégral sauf pharmacie + prestations supplémentaires

**-AINES-MUT** : Ticket Modérateur intégral sauf prestations prises en charge pour les résidents des maisons de retraite, en dotation partielle de soins + prestations supplémentaires.

**-GENERATION** : Ticket Modérateur intégral sauf prestations prises en charge pour les résidents des maisons de retraite, en dotation globale de soins + prestations supplémentaires

**-SENIORILIS** : Ticket Modérateur intégral pour les résidents des maisons de retraite, sans dotation + prestations supplémentaires

**-MEGA** : Prestations supplémentaires

**-MEGA+** : Prestations supplémentaires

**Section 5 – Modalités de paiement des prestations - Prescriptions****Article 25**

Les prestations dues aux membres participants sont versées de la façon suivante :

- Les différentes caisses de Régime Obligatoire effectuent les remboursements qui leur incombent directement aux assurés affiliés à ces caisses.

Les dossiers des membres participants affiliés aux différentes caisses sont traités dans les 48 heures en utilisant la télétransmission, sinon les membres participants doivent transmettre les décomptes originaux de leur caisse pour un traitement manuel.

**Article 26**

Les prestations supplémentaires sont versées sur présentation du décompte des caisses de Régimes Obligatoires ou sur présentation d'un justificatif dans les conditions prévues à l'article 19.

**Article 27**

Le paiement des prestations se fait uniquement par virement bancaire ou postal.

Exceptionnellement le paiement peut être fait par chèque mais en aucun cas en espèces.

**Article 28**

Une convention est signée entre la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France permettant le tiers payant dans toutes les pharmacies.

Les Etablissements de soins (Hôpitaux, Cliniques, Centres de soins, Opticiens, etc ...) transmettront leurs factures à la mutuelle pour le règlement.

**Le règlement des frais sera effectué dans la limite de 2 ans date des soins.**

**Section 6 - Secours Exceptionnel****Article 29**

A la demande écrite du membre participant, la Commission « Secours Exceptionnel » statuera sur l'octroi d'un secours exceptionnel, un avis de non-imposition sera demandé.

**Section 7 : La Subrogation****Article 30**

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou 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.

**Article 31**

Pour les membres participants ou ayants-droit domiciliés en France ou dans les dom tom, les garanties sont mises en œuvre dans la limite de l'union européenne.

**Article 32**

Les actions en matière de cotisations et de prestations sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui leur a donné naissance (Article L221-11 du Code de la Mutualité)

**Article 33**

La loi applicable au présent règlement est la loi française

**Section 8 : Médiation****Article 34**

En cas de difficulté liée à l'application du présent règlement le membre participant peut avoir recours aux services du médiateur dans les conditions prévues par les statuts (article 62).

**Article 35 – INFORMATIQUE ET LIBERTES**

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

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

**Obligations générales relatives au traitement des Données à Caractère Personnel (DCP)**

Chaque partie s'engage à respecter la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, comprenant le REGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPEEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 (RGPD) et les dispositions applicables en France (la « Réglementation Applicable »).

**Article 36 – AUTORITE ADMINISTRATIVE CHARGÉE DU CONTRÔLE DE LA MUTUELLE**

La mutuelle est soumise au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)- 4 Place de Budapest 75436 Paris Cedex 09.

**Le Président,  
Daniel MEILLERAI**