

## 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  
Tél : 02.40.26.52.40

Mail : [contact@lesmutuellesligeriennes.com](mailto:contact@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 des Statuts).

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

## Chapitre I OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES MEMBRES PARTICIPANTS

### Section 1 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 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 et ils signent un bulletin d'adhésion, cette signature entraîne l'acceptation des Statuts, du règlement mutualiste

#### 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.

### Section 2 Obligations des adhérents et de leurs ayants droit envers la mutuelle

#### Article 3

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le premier jour de la réception de son dossier complet par la mutuelle - cotisation comprise. Elle prend effet pour une durée minimale de 12 mois consécutifs prenant fin le 31 décembre qui suit cette période. Exemples : pour une adhésion au 01/01/2026, la 1<sup>ère</sup> échéance est le 31/12/2026. Pour une adhésion au 01/06/2026, la 1<sup>ère</sup> échéance est le 31/12/2026. Elle est prolongée annuellement par tacite reconduction, à l'expiration de la 1<sup>ère</sup> échéance, puis de chaque échéance annuelle. L'échéance de toute adhésion, régime ou option est fixée au 31 décembre. Les adhérents s'engagent pour eux et leurs ayants droit au paiement d'une cotisation fixée conformément aux Statuts qui inclut les cotisations dues par la mutuelle aux organismes politiques et techniques, unions et fédérations, auxquels la mutuelle adhère suivant la décision de l'Assemblée Générale..

#### Article 4

La cotisation forfaitaire varie selon :

- L'âge de l'adhérent est apprécié au 1<sup>er</sup> janvier de l'année N précédant le jour anniversaire
- La catégorie telle que définie dans l'Article 1
- La garantie souscrite
- En cas d'adjonction ou de radiation de bénéficiaires, en cas d'exonération de ticket modérateur, la cotisation est modifiée au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'évènement.
- Si l'évènement survient le 1<sup>er</sup> jour du mois, la modification de la cotisation prend effet le jour de l'évènement.

Pour les contrats collectifs, il ne peut y avoir de montant de cotisation normal et de montant maximal de cotisation demandé aux membres participants et honoraires de la mutuelle car la mutuelle ne pratique pas de cotisations variables, (article R. 212-9 du Code de la mutualité)

#### Article 5

Pour tout nouvel adhérent qui demande son admission à la mutuelle après son 70<sup>ème</sup> anniversaire, la cotisation est majorée à vie. Le montant de ces majorations est indiqué à l'article 14.

#### Article 6

Dans les familles comptant plusieurs enfants de moins de 20 ans, la cotisation n'est due que pour deux enfants. Gratuité des 30 premiers jours de la naissance.

#### Article 7

On considère un ayant droit comme « enfant » jusqu'à ses 26 ans sous réserve qu'il soit étudiant ou rattaché fiscalement au foyer de l'un des parents.

#### Article 8 Droit aux prestations

Il varie en fonction de l'âge de l'adhérent au moment de l'adhésion et de son assurance antérieure. La durée du délai de carence est notifiée à l'article 25.

#### Article 9

Les prestations accordées par la mutuelle sont calculées conformément à la nomenclature des actes professionnels et selon les tarifs homologués par l'autorité administrative compétente.

Elles varient selon :

- La catégorie du bénéficiaire
- La garantie souscrite

#### Article 10

Sur un bulletin d'adhésion, différentes garanties peuvent être proposées pour la catégorie individuelle.

#### Article 11

Relations avec les caisses de Régimes Obligatoires. (RO) la mutuelle a signé des conventions relatives aux échanges informatisés avec tous les Régimes Obligatoires

#### Article 12

Le changement pour une garantie inférieure intervient en fin d'année civile, l'adhérent doit prévenir de sa décision un mois avant l'évènement, sous réserve toutefois d'avoir bénéficié de la garantie supérieure pendant TROIS ANS minimum et selon la réglementation en vigueur.

Le changement pour une garantie supérieure ne peut intervenir qu'au 1<sup>er</sup> Janvier de l'année.

#### Article 13 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 14 Majorations des cotisations pour adhésions tardives

Pour une nouvelle inscription, les membres participants inscrits après :

- 70-72 ans : cotisation multipliée par 1.02
- 73-75 ans : cotisation multipliée par 1.05
- 76-79 ans : cotisation multipliée par 1.10
- 80-89 ans : cotisation multipliée par 1.20
- 90 ans et + : cotisation multipliée par 1.30

Si l'adhésion est sous contrat « mutuelle communale », il n'y a pas de majoration.

Pour une réinscription, entre 12 mois et 18 mois d'absence, la règle de majoration ne s'applique pas.

#### Article 15 Dispositions spéciales pour les membres inscrits individuellement au régime Alsace Lorraine

Une minoration s'applique sur les garanties Tonus et Tonus+ :

- cotisation multipliée par 0.90, soit une minoration de 10%

#### Article 16 Minorations de Cotisations

La cotisation due par les adhérents dispensés partiellement ou totalement du ticket modérateur varie en fonction de la garantie choisie. Elle est réduite de 5% pour une Affection Longue Durée sur présentation d'un justificatif. Sont exclus de cette réduction les garanties: Tempo, Prima, Prim'âge, Prem's, Kid's, Ose, Aînés mut, Génération, Séniiorilis, Sérénité, Alfa et Alfa+, Mega et Mega+, For B,C,D, GOC3+, GFC3+ et toutes les garanties collectives.

#### Article 17 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 18

Dispositions spéciales pour les membres honoraires  
Ils peuvent à tout moment devenir membres participants sans subir de délai de carence et sans majoration de cotisation.

#### Article 19

En cas de décès de l'adhérent, la cotisation reste due mais elle est proratisée.

### Section 3 Dispositions communes aux membres inscrits

#### Article 20 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. 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 4 Modalités de paiement – Sanctions – Prescription

#### Article 21 Modalités de paiement

Les cotisations dues à la mutuelle font l'objet d'un appel annuel. Il est établi par la mutuelle et adressé à chaque membre participant ou par tout autre moyen de communication.

Les cotisations dues par les membres inscrits individuellement sont payables : mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement par prélèvement (bancaire, postal, etc...), par chèque ou espèce.

#### Article 22

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.

#### Article 23 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 cas suivants :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date.
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification (loi Châtel).
- Après 12 mois d'ancienneté, en nous adressant une notification moyennant un préavis de 1 mois.

En cas de changement de situation :

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

et selon les conditions fixées par l'article 14 des Statuts

La notification de la dénonciation ou de la résiliation doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée, au choix du membre participant inscrit individuellement ou de la personne morale représentant le contrat collectif :

- Soit par lettre recommandée adressée au siège social : Les Mutuelles Ligériennes - 12 Rue Beausoleil – 44116 VIEILLEVIGNE,
- Soit par email à l'adresse unique suivante : [contact@lesmutuellesligeriennes.com](mailto:contact@lesmutuellesligeriennes.com),
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou dans l'une de nos agences,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription de vente à distance.

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 L2217 et L2217 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.

Par ailleurs, l'adhérent doit informer la mutuelle du départ d'un ou de plusieurs de ses ayants-droit, dans les deux mois suivant la date de la modification. Si ce délai de deux mois n'est pas respecté ou si le nouveau choix exprimé par l'adhérent n'est pas recevable, le changement de situation prendra effet de la manière suivante :

- Au 1er du mois suivant la date de réception en cas de changement de situation de famille dûment justifié ou si la demande a pour cause le terme d'une garantie antérieure couvrant les ayants-droit,
- Au 1er Janvier suivant les autres cas.

## Article 24 Résiliation des garanties par la mutuelle

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

- 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. (L2217 du code de la mutualité)
- 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 L2217 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 L2215 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 II OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES MEMBRES PARTICIPANTS

### Section 1 Prise d'effet des garanties

#### Article 25 Délai de carence

Le droit aux prestations, pour les membres inscrits individuellement, prend effet :

- Membres âgés de moins de 30 ans :

A la signature du bulletin d'adhésion

- Membres âgés entre 30 et 60 ans :

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

- Membres âgés de moins de 60 ans ayant déjà une complémentaire santé :

A la signature du bulletin d'adhésion

- Membres âgés de plus de 60 ans :

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

\*Un délai de carence qui s'applique sur tout sauf les soins courants de la garantie choisie.

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 26 Délai de versement des prestations

Le versement des prestations est subordonné :

- Au paiement préalable des cotisations
- A l'accomplissement d'un délai de carence éventuel prévu à l'article 25.
- A la production du décompte original établi par le régime d'obligation et si nécessaire, d'une pièce justificative des dépenses réellement engagées.
- Et selon l'article L. 221-11 concernant la prescription des actions dérivant des opérations régies par le titre II du livre II

### Section 2 Tarif de responsabilité de la mutuelle

#### Article 27

La mutuelle intervient en complément des Régimes Obligatoires Elle rembourse suivant la garantie choisie, le ticket modérateur entièrement ou partiellement sur la base du Tarif de Convention les prestations supplémentaires.

#### Article 28 Soins dispensés hors de France

Si les caisses d'assurance maladie procèdent à l'autorisation et au remboursement des frais de soins établis hors de France sur le territoire d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse, la mutuelle complètera les remboursements dans la limite de sa garantie et des dépenses engagées sur présentation des justificatifs du régime obligatoire et des justificatifs acquittés et sous réserve que leur prise en charge soit prévue par la réglementation française

#### Article 29

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.

#### Article 30 Participation forfaitaire et franchises

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire (fixée en 2024 à 1 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ; 1 € par acte paramédical ; 4 € par transport sanitaire) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue qui viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

### Section 3 Prestations offertes par la mutuelle

#### Article 31 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 : SMR 65%, 30%, 15%
- Les actes chirurgicaux cotés moins de K50 (les actes cotés plus de K50 sont pris en charge à 100% par les caisses RO)
- L'hospitalisation
- La radiologie, l'ostéodensitométrie
- Les soins dentaires, les prothèses dentaires, l'orthodontie

#### Article 32 Prestations offertes par la mutuelle

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

- 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 Obligatoire est demandé (si besoin)
  - 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
  - Le forfait journalier (Décret n° 83260 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

- 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)

- 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 24)

- 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  
Chirurgie réfractive pour des opérations au laser uniquement  
La mutuelle verse un forfait par intervention suivant la garantie  
Le membre participant doit fournir un justificatif

- 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

- 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 – orthodontie adulte  
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

- Forfait bien être  
La mutuelle verse un forfait par année civile déterminé suivant la garantie
- L'ostéodensitométrie  
La mutuelle verse un forfait par année civile selon la garantie
- 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
- 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
- Forfait contraceptif  
La mutuelle verse un forfait annuel suivant la garantie
- Forfait sevrage tabagique  
La mutuelle verse un forfait annuel suivant la garantie
- 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
- Cure thermique  
La mutuelle verse un forfait par année civile en fonction de la garantie
- Forfait annuel médicaments non remboursables par le Régime Obligatoire  
La mutuelle verse un forfait par année civile en fonction de la garantie

#### Article 33

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 34

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 35

Réassurance

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

#### Article 36

Coassurance

La mutuelle peut coassurer tout ou partie des risques couverts par une autre mutuelle

#### Article 37 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, et de l'article L871-1 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 L322-2 du Code de la Sécurité Sociale,
- La majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire 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,
- La modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter,
- Les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés

#### Article 38 Assistance vie quotidienne à domicile

Cette garantie ne s'applique qu'aux contrats concernés Les membres participants et leurs ayants droit bénéficient de la prestation Assistance Vie Quotidienne souscrite en intermédiation auprès Ressources Mutuelles Assistance (RMA) – 46 rue du Moulin – CS 32427 – 44124 VERTOU

## Section 4 Les Garanties

### Article 39

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  
**GOLD** : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires  
**ALFA** : Ticket Modérateur pour la pharmacie SMR 30% et 15% + prestations supplémentaires  
**ALFA+** : Ticket Modérateur pour la pharmacie SMR 30% et 15% + prestations supplémentaires  
**AINESMUT** : 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  
**SERENITÉ** : Ticket Modérateur intégral sauf prestations prises en charge pour les résidents des maisons de retraite, en dotation partielle de soins + prestations supplémentaires  
**MEGA** : Prestations supplémentaires  
**MEGA+** : Prestations supplémentaires

## Section 5 Modalités de paiement des prestations Prescriptions

### Article 40

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 41

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 22

### Article 42

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 43

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 44

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 45

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  
Les adhérents subrogent automatiquement dans leurs droits la Mutuelle afin qu'elle recouvre auprès de professionnels de santé toute prestation qu'elle aurait versée indûment

### Article 46

Pour les membres participants ou ayants droits domiciliés en France ou dans les Dom Tom, les garanties sont mises en œuvre dans la limite de l'Union Européenne

### Article 47

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 L22111 du Code de la Mutualité)

### Article 48

La loi applicable au présent règlement est la loi Française

### Article 49 Déchéance

Les conditions de déchéance pour déclaration tardive ne peut être opposée au membre participant que si la mutuelle ou union établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Elle ne peut également être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.  
La "déchéance" d'un droit est le fait de ne plus pouvoir en obtenir la reconnaissance en justice.

## Section 8 Réclamation - Médiation

### Article 50 Réclamation et Médiation

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 64)

La mutuelle met à disposition du membre participant et de ses ayants-droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent règlement mutualiste, à l'adresse suivante :  
Adresse postale : LES MUTUELLES LIGERIENNES 12 rue Beausoleil 44116 Vieilleville ou par e-mail :  
reclamation@lesmutuellesligeriennes.com

À compter de la date d'envoi de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la mutuelle, et après épuisement de ses voies de recours internes, le membre participant ou ses ayants-droit peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française  
Adresse postale : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15 ou sur site internet :  
www.mediateur-mutualite.fr

Le médiateur a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant la réception du dossier Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai de 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les deux parties

### Article 51 Droit d'accès, rectification, effacement, opposition, limitation

Le délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes, dans les conditions prévues par la réglementation relative aux données personnelles, vous, et vos ayants-droit, disposez sur les données vous concernant d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition d'instructions sur leur sort en cas de décès et de portabilité (restitution ou transfert), après avoir justifié de votre identité, en vous adressant au Délégué à la Protection des Données,

- par e-mail à : [donneespersonnelles@lesmutuellesligeriennes.com](mailto:donneespersonnelles@lesmutuellesligeriennes.com)
- ou par courrier à DPO – LES MUTUELLES LIGERIENNES 12 rue Beausoleil 44116 Vieilleville

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits "informatiques et libertés" ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy – TSA – 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 ou sur son site internet : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

### Article 52 Opposition à la prospection et au démarchage commercial

En application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

### **Article 53 Informatique et libertés**

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par 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 27avril 2016 (RGPD) et les dispositions applicables en France (la « Réglementation Applicable »)

### **Article 54 Autorité 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

*Pour copie conforme du Règlement Mutualiste approuvée par L'Assemblée Générale du 28 avril 2026*

La Présidente  
Geneviève RICHARD