

RÈGLEMENT MUTUALISTE GÉNÉRAL

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 4 JUIN 2019



— Une mutuelle du —
GROUPE
AÉSIO

SECTION 1 : DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

SOUS-SECTION 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet

Le présent règlement mutualiste définit le contenu et la durée, dans le cadre d'une adhésion individuelle, des engagements contractuels existant entre la Mutuelle et chaque membre participant ou honoraire, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Il est adopté par le Conseil d'Administration dans le respect des orientations générales fixées par l'Assemblée Générale.

Il est complété par des règlements particuliers, dont les dispositions prévalent, en cas de contradiction, sur celles du présent règlement.

Tout litige, concernant l'application ou l'interprétation du règlement mutualiste général et des règlements particuliers sera d'abord examiné par le Service Réclamations de la Mutuelle, qu'il est possible de saisir par courrier postal adressé à Apréva mutuelle - Service Réclamations - 2, rue de l'Origan - 62000 ARRAS ou par courrier électronique adressé à reclamations@apreva.fr. La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception, par courrier ou par courriel. Une réponse définitive sera apportée au Membre Participant dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date de réception de sa réclamation. En l'absence de réponse de la Mutuelle dans le délai précité ou en cas de désaccord sur la réponse apportée, le Membre Participant peut demander l'avis du Médiateur en s'adressant à Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française qui peut être saisi :
- Soit par courrier à l'attention de : Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15
- Soit via l'adresse mail : mediation@mutualite.fr
- Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur :
<https://www.mediateur-mutualite.fr>.

Article 2 - Réglementation applicable

La loi applicable au présent règlement et aux règlements particuliers est la loi Française et les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le Code de la mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 9.

Article 3 - Date d'effet et durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion du membre participant prend effet :

- le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion signé par le membre participant et validé par la Mutuelle, si celle-ci est postérieure au 15 minuit,
- le 1^{er} jour du mois en cours si la date de réception du bulletin d'adhésion signé par le membre participant et validé par la Mutuelle est antérieure au 15 minuit.

L'adhésion prend fin lorsque le contrat est résilié, conformément aux articles 10 et suivants des Statuts. Les garanties prennent effet, sous réserve des délais d'attente définis à l'article 14 du présent règlement :

- pour le membre participant et les ayants droit déjà nés, concomitamment à la prise d'effet de l'adhésion,
- pour les ayants droit nés après la prise d'effet de l'adhésion, le jour de leur naissance.

Les garanties sont souscrites pour une année civile et renouvelables par tacite reconduction. Elles cessent lorsqu'elles arrivent au terme défini par les règlements particuliers ou lorsque le contrat est rompu, dans les conditions définies aux articles 10 et suivants des statuts.

Article 4 - Délai de rétractation applicable au contrat mutualiste conclu à distance

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité, dans l'hypothèse où le contrat entre l'adhérent et la Mutuelle a été conclu à distance ou a fait l'objet d'un démarchage au domicile de l'adhérent, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qu'il y a adhéré à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, ce dernier a la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus soit à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure. Il lui suffit, pour ce faire, d'envoyer au siège social de la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception ou de procéder à un envoi recommandé électronique, libellé comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence de la garantie) et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées ».

Article 5 - Protection des données personnelles

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), le Membre Participant reconnaît avoir été informé par la Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel du Membre Participant et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) du membre participant ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins du membre participant et de ses ayants droit ;
- l'amélioration de la qualité du service et des produits et l'amélioration de la relation client ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Le Membre Participant reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel le concernant et concernant ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat. Les destinataires des données du Membre Participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle ainsi que ses tiers autorisés, et notamment ses délégués de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités. La liste des tiers autorisés est disponible sur le site internet de la Mutuelle via la

Charte de protection des données.

La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

La Mutuelle est susceptible de traiter des données personnelles collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par les régimes obligatoires.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), les Membres Participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post-mortem de ces données. Les Membres Participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment par le Membre Participant et par ses ayants droit, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après.

Cette demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité comportant la signature du demandeur (carte d'identité, passeport) et d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : Apréva mutuelle – Groupe Aésio, Délégué à la Protection des Données, 25 Place de la Madeleine, 75008 Paris.

- par mail à l'adresse suivante : apreva.dpo@apreva.fr
Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

Le Membre Participant et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

Article 6 - Prescription

Toute action dérivant du présent règlement et des règlements particuliers se prescrit, sauf exception précisée sous l'article 21 du présent règlement, par deux ans à compter de l'évènement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Dans le cas où l'ayant droit ou le bénéficiaire est mineur

ou majeur placé sous régime de protection légale, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique.

De plus, quand l'action du membre participant ou ayant droit ou bénéficiaire 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 le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil, soit :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- citation en justice (même en référé),
- un acte d'exécution forcée, tel qu'un commandement ou une saisie signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

La prescription est également interrompue, conformément aux termes de l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, en cas de :

- désignation d'expert(s) à la suite d'un sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par la Mutuelle à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la prime, par l'assuré à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

En application de l'article L.221-12-1 du Code de la mutualité et par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

SOUS-SECTION 2 : OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE

Article 7 - Obligation de paiement des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement des cotisations définies par les règlements particuliers, dans les conditions prévues dans ces documents en contrepartie des garanties souscrites, pour eux et leurs ayants droit.

Pour percevoir les prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. A titre de faveur, elles peuvent néanmoins être fractionnées. La cotisation relative au mois au cours duquel le décès d'un membre participant ou d'un ayant droit intervient est également due.

Les modalités de règlement sont détaillées sur le bulletin d'adhésion.

En toute hypothèse, il appartiendra au membre participant de vérifier que ses fractions de cotisations ont bien été prélevées ou précomptées.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle aura la faculté de mettre en œuvre la procédure décrite à l'article 12 des statuts.

Article 8 - Obligations déclaratives

Article 8.1 - Obligation de déclaration en cas de changement de situation

Les membres participants doivent signaler à la Mutuelle, dans le mois qui suit l'évènement, les changements suivants survenant dans leur situation ou celle de leur ayant droit ou bénéficiaire :

- changement de situation personnelle ou familiale (notamment nouvelle adresse, nouveau numéro de téléphone, droit à la CMU et à la CMUC, décès, mariage, PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, rupture du PACS),
- changement de situation professionnelle, notamment rupture de contrat de travail (licenciement, démission, départ à la retraite, changement de site...).

Les changements signalés, qui devront être justifiés, seront éventuellement susceptibles d'entraîner une modification des cotisations. En dehors des cas d'adhésion, tout changement de situation régulièrement signalé prend effet à la fin du mois de l'évènement.

Dans le cas où la notification n'aurait pas été faite régulièrement, la Mutuelle ne pourra être tenue pour responsable.

En conséquence :

- le membre participant ne pourra prétendre ni au paiement des prestations qui, de ce fait, ne lui auraient pas été servies, ni au remboursement des cotisations qu'il aurait, pour la même cause, payées indûment avant la notification du changement,
- le membre participant devra payer les sommes dues à la Mutuelle à compter de l'évènement lorsque le changement de situation entraîne une augmentation de la cotisation.

Les cotisations ne sont pas modifiées pendant les périodes d'arrêt de travail, quelle que soit l'indemnisation perçue par le membre participant.

Article 8.2 - Obligation de déclaration en cas d'accident

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers. La Mutuelle est subrogée de plein droit aux membres participants ou ayants droit victimes d'un accident, dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité de ce dernier soit entière ou partagée, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées et 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 aux préjudices esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnisé ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

Article 8.3 - Obligation de déclaration en cas de pluralité d'assurances

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle, lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle objet du présent règlement ou des règlements particuliers, pour la mise en application des dispositions relatives à la pluralité d'assurances. Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes de complémentaire maladie produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date d'adhésion ou de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 9 - Obligation de se soumettre à un contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative, en complément d'information des demandes de remboursement. De même, le médecin de la Mutuelle, sauf cas de force majeure, devra avoir libre accès auprès du membre participant et de ses ayants droit pour constater leur état de santé. Tout refus non justifié de se conformer à son contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée, entraîne la déchéance de tout droit aux prestations prévues par le présent règlement ou les règlements particuliers, pour les prestations en cause. S'il y a contestation d'ordre médical, chaque partie désigne son médecin. Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un 3^{ème} médecin pour les départager. Si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation d'un médecin Expert pourra être sollicitée en référé, par la partie la plus diligente, auprès du Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du membre participant. Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et les frais de l'intervention du médecin qu'elle a désigné ; ceux de l'intervention du troisième sont partagés par moitié entre elles.

Article 10 - Conséquences de l'omission ou de la fausse déclaration

La Mutuelle peut, à tout moment, faire procéder à la vérification de l'exactitude des documents produits par l'assuré.

En cas d'omission ou déclaration inexacte, l'assuré est informé des inexactitudes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications.

Lorsque l'omission ou la fausse déclaration est intentionnelle, la Mutuelle peut ensuite prononcer l'annulation de la garantie, si elle porte sur l'appréciation du risque, conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité. Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle, qui a droit également au paiement des cotisations échues, sans préjudice des poursuites à engager pour le recouvrement des prestations indûment payées.

Lorsque l'omission ou la fausse déclaration est non intentionnelle :

- Si celle-ci est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, la garantie prend fin 10 jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue alors au membre participant la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.
- Si elle est constatée 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.

SOUS-SECTION 3 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS LES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 11 - Obligation d'information du membre participant

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification du présent règlement ou des règlements particuliers sont portés à la connaissance de chaque membre participant, notamment par courrier simple, par mail, ou via la lettre d'information ou le site web de la Mutuelle (<http://www.apreve.fr>).

De plus, les éventuelles modifications relatives aux montants ou taux de cotisations sont récapitulées dans l'appel de cotisations que le membre participant reçoit, en fin d'année, au titre de l'année suivante.

Article 12 - Obligation de paiement des prestations

Les remboursements s'effectuent par virement sur le compte bancaire ou postal du membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit la remise de l'ensemble des justificatifs sollicités par la Mutuelle.

SECTION 2 : DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE

Article 13 - Calcul des cotisations en contrepartie des garanties frais de soins de santé

Article 13.1 - Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont fixées par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration, quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Les cotisations peuvent être modifiées à tout moment par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration, quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Article 13.2 - Principes généraux

Les cotisations peuvent varier en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à la Mutuelle ou du Régime Obligatoire d'affiliation ou du lieu de résidence, ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants.

La cotisation de chaque membre participant et ayant droit se calcule en fonction de son âge au premier janvier de l'année en cours. L'âge s'évalue par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

La cotisation basée sur la prise en charge du ticket modérateur, est calculée sur l'ensemble des prestations payées par la Mutuelle, auxquelles s'ajoutent :

- le coût des prestations supplémentaires

- suivant le choix de chaque membre,
- les frais de fonctionnement de la Mutuelle,
- la marge financière nécessaire au besoin de fonds propres de la Mutuelle,
- et les cotisations spécifiques destinées aux organismes auxquels elle est affiliée, dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements de ces organismes.

La cotisation est libellée hors taxes et contributions. Elle est majorée de la taxe de solidarité additionnelle, destinée à financer la CMU, et de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. Tous impôts, taxes ou contributions futurs dont la récupération ne sera pas interdite seront répercutés sur les cotisations courantes, qu'ils viendront majorer.

La cotisation peut être exprimée en montant ou en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au premier janvier de l'année en cours. Le pourcentage de la cotisation représenté respectivement et globalement par les frais de gestion et d'acquisition de la Mutuelle est précisé sur l'appel de cotisations annuel.

Article 13.3 - Cas particulier : bénéficiaires de l'Aide pour l'acquisition d'une Assurance Complémentaire Santé (dite « ACS »)

Certains membres participants peuvent bénéficier d'un « crédit d'impôt », au sens de l'article L. 863-1 et suivants du Code de la sécurité sociale. Ce « crédit d'impôt » consiste en une réduction que peut accorder la Mutuelle sur le tarif des cotisations normalement applicable à ce membre participant.

Article 14 - Délais d'attente des garanties frais de soins de santé

La Mutuelle peut appliquer des délais d'attente fixés dans les règlements particuliers.

Il s'agit des périodes qui suivent l'adhésion ou le changement de garantie(s) ou de combinaison de garanties pendant lesquelles les soins pratiqués ne peuvent donner lieu à aucun paiement de prestation ou à un remboursement limité.

Article 15 - Versement des prestations

Article 15.1 - Principes

La Mutuelle assure le remboursement des garanties « frais de soins de santé » complémentaires à la protection sociale de base.

Le remboursement des dépenses de frais de soins de santé par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 15.2 - Droit aux prestations

Les actes et soins médicaux dont la date est antérieure à l'ouverture des droits ne sont pas remboursables. Il en est de même pour les dépenses de santé engagées après la date de résiliation ou de démission du règlement, sauf si les conditions d'ouverture des droits étaient remplies à cette date.

Article 15.3 - Conditions de versement des prestations

Les prestations sont réglées uniquement sur présentation de l'original du décompte du Régime Obligatoire, sauf dans le cadre d'échanges de données informatisées. Les photocopies ou duplicata ne sont pas acceptés, sauf exceptions.

Si le montant des frais réels engagés (dépassement d'honoraires, etc.) n'est pas indiqué sur le décompte du Régime Obligatoire, il convient de joindre soit la photocopie de la feuille de maladie, soit la note d'honoraires du praticien.

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'adhérent doit faire parvenir à la Mutuelle les documents originaux ou certifiés conformes indiqués ci-dessous :

- soins ambulatoires : facture détaillée acquittée,
- soins externes hospitaliers : facture acquittée délivrée par l'établissement hospitalier,
- soins dentaires : décompte du Régime Obligatoire et facture détaillée acquittée,
- prothèses dentaires : décompte du Régime Obligatoire et facture acquittée détaillée par prothèse,
- actes en série (soins infirmiers, orthophoniste) : décompte du Régime Obligatoire,

- séjour : facture acquittée,
- honoraires : décompte du Régime Obligatoire et facture détaillée acquittée,
- lunettes et lentilles : facture détaillée acquittée,
- orthèse, appareillage : décompte du Régime Obligatoire et facture détaillée acquittée
- cure thermique : décompte du Régime Obligatoire ou volet de cure acquitté en cas de tiers payant, des factures d'hébergement et de transport (train, essence, attestation...),
- pharmacie : facture nominative acquittée,
- orthodontie : facture détaillée précisant la date de début et de fin du semestre de soins,
- prothèse auditive : facture acquittée,
- frais d'accompagnement : facture nominative acquittée de l'établissement hospitalier ou, en cas d'hébergement à l'extérieur du service, facture acquittée d'une maison de parents, d'un foyer d'accueil ou hôtel hospitalier mentionnant le nom du membre participant ou ayant droit hospitalisé et bulletin de situation,
- prestations non prises en charge par le Régime Obligatoire : prescription médicale et facture nominative acquittée par un professionnel de santé,
- pratique d'un sport en club sportif : photocopie de la licence sportive ou carte annuelle de membre d'un club de sport en cours de validité et justificatif de paiement,
- prévention soleil : facture du pharmacien mentionnant les coordonnées de l'enfant, l'indice de protection de la crème et le montant TTC de la dépense engagée,
- patchs anti douleur : facture du pharmacien mentionnant les coordonnées de l'enfant et le montant TTC de la dépense engagée.

En cas de remboursement préalable de tout ou partie du reste à charge par un autre organisme complémentaire, les documents devront mentionner le détail du montant remboursé.

Les documents fournis pour obtenir le versement des prestations sont conservés par la Mutuelle.

Article 15.4 - Point de départ du délai de prescription

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans les 24 mois suivant l'évènement qui y donne naissance, conformément aux termes de l'article 6 du présent règlement.

Le point de départ est fixé aux dates ci-après pour les prestations suivantes :

- soins ambulatoires : date des soins,
- soins externes hospitaliers : date des soins,
- soins dentaires : date des soins,
- prothèses dentaires : date d'exécution,
- actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste, ...) : date des soins,
- séjour : date d'entrée,
- honoraires : date des soins,
- lunettes et lentilles acceptées par le Régime Obligatoire : date de facturation,
- lentilles refusées par le Régime Obligatoire : date de facturation,
- appareillage : date de facturation,
- cure thermique : date de fin de cure,
- pharmacie : date de facturation,
- orthodontie : date des soins.

Article 15.5 - Tiers Payant

La Mutuelle met en œuvre le tiers payant généralisé. Les Membres participants et leurs ayants droit peuvent ainsi en bénéficier auprès des professionnels de santé pratiquant le tiers payant sur la part complémentaire, pour les dépenses engagées relatives à tous les actes et prestations de santé visés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale prévus par leurs garanties à hauteur du tarif de responsabilité.

La Mutuelle a signé, directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé afin d'assurer directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le membre participant et ses ayants droit.

L'adhésion à la Mutuelle entraîne, ipso facto, procuration générale et permanente donnée à celle-ci pour encaisser, aux lieux et place du membre participant de ladite Mutuelle, les prestations dues à celui-ci par la

caisse primaire de Sécurité sociale ou par l'organisme de gestion du régime spécial auquel il est affilié.

Le membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte. A défaut, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Article 16 - Garanties

Article 16.1 - Contrats responsables

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables pour la mise en œuvre de la réforme « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions prendront effet respectivement :

- à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent, sauf exceptions précisées dans les règlements particuliers, le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

La garantie responsable prend en charge au minimum :

- sur l'ensemble des postes de garantie, le Ticket Modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire à l'exception toutefois des cures thermales, des médicaments remboursés à 15 %, des médicaments remboursés à 30 % et de l'homéopathie,
- la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée,
- si le contrat prévoit leur prise en charge, les dépassements d'honoraires sont pris en charge de façon différenciée selon que les médecins aient opté, ou non, pour l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention médicale en vigueur.

Pour les médecins n'ayant pas opté pour l'un de ces dispositifs, la prise en charge des dépassements tarifaires est plafonnée et soumise à une double limite à savoir : 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, tout en respectant un écart à la prise en charge du contrat d'au moins 20 % entre les médecins ayant opté pour un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée et ceux qui n'auraient pas opté.

• Pour les équipements en optique : le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :

- La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la Liste des Produits et Prestations après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.

- La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur.

Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par périodes de deux ans, appréciées à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue telle que définie dans la Liste des Produits et Prestations ainsi que dans d'autres cas précisés par la Liste des Produits et Prestations.

• Pour les équipements auditifs : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :

- La prise en charge des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la Liste

des Produits et Prestations au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels,

- La prise en charge des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. **Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.**

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4 ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la Liste des Produits et Prestations. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

• *Pour les remboursements en dentaire : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :*

- La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés,
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur,
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur.

La garantie, responsable ou non, ne prend pas en charge :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

En cas de changement des dispositions législatives ou réglementaires relatives au « cahier des charges du contrat responsable », dont le respect conditionne le droit à une taxe sur les conventions d'assurance minorée, les changements des garanties concernées seront considérés comme immédiatement applicables, nonobstant les clauses desdits règlements, dans l'attente de leur régularisation, celle-ci devant intervenir le plus rapidement possible.

Les membres participants seront tenus informés des modifications intervenues.

Article 16.2 - Prestations supplémentaires Frais de Soins de Santé

La Mutuelle propose, en sus des prestations énumérées ci-dessus dans la limite des dépenses engagées, de faire bénéficier ses Membres Participants et leurs ayants droit de prestations supplémentaires en fonction des garanties souscrites et dans les conditions suivantes.

Les plafonds de remboursement peuvent être exprimés par rapport à la base de remboursement du Régime Obligatoire ou en montants forfaitaires.

- Orthodontie

Si la date de début des soins est antérieure à la date d'adhésion ou de radiation, la Mutuelle rembourse le traitement pour une durée maximale de 6 mois au prorata de la période de cotisations réglées.

- Cure thermale

Un montant forfaitaire est accordé pour couvrir tout ou partie des soins dispensés pendant la cure, des honoraires, du forfait thermal, des frais d'hébergement et de transport exposés pour la cure.

- Prothèses auditives

La Mutuelle accorde un forfait par oreille sous réserve de la prise en charge du Régime Obligatoire. La garantie peut prévoir le remboursement des piles et entretien de l'appareil auditif.

- Frais d'accompagnant

La Mutuelle peut verser un forfait couvrant les frais de repas et/ou d'hébergement en milieu hospitalier ou en

hébergement extérieur du service (maison de parents, foyer d'accueil ou hôtel hospitalier) de la personne accompagnante. Le remboursement s'effectue dans la limite d'un montant forfaitaire par journée d'hospitalisation.

- Prime naissance

Sur justificatif (photocopie du livret de famille), une prime peut être attribuée au Membre Participant dans le cadre d'une naissance ou d'une adoption d'un enfant de moins de 12 ans. Le paiement de la prime est subordonné, à la condition que l'enfant soit né vivant et viable et à son inscription en tant qu'ayant droit dans les 31 jours de sa naissance.

- Pack bien-être

• Vaccin anti grippe et les autres vaccins sans prise en charge par le Régime Obligatoire.

• Dermatologue

La Mutuelle peut rembourser les actes hors nomenclature pratiqués ou prescrits par un dermatologue.

• Diététicien

La Mutuelle peut verser un forfait pour un suivi diététique et un bilan nutritionnel effectués auprès d'un(e) diététicien(ne) titulaire du diplôme d'Etat français mentionné à l'article L.4371-3 du Code de la santé publique ou de l'autorisation prévue aux articles L.4371-4 et L.4371.6 du même Code.

• Sevrage tabagique

La Mutuelle peut rembourser à hauteur d'un forfait les traitements par substituts nicotiques sans prise en charge par le Régime Obligatoire figurant dans la liste ci-après : les patchs, les médicaments, les gommes à mâcher et les inhalateurs délivrés en pharmacie.

• Contraceptifs sans prise en charge par le Régime Obligatoire.

La Mutuelle peut rembourser à hauteur d'un forfait les contraceptifs sans prise en charge par le Régime Obligatoire figurant dans la liste ci-après : les pilules de troisième génération, les préservatifs, les capes cervicales, l'anneau contraceptif, les patchs, les spermicides (crème, gel, mousse).

• Amniocentèse sans prise en charge par le Régime Obligatoire

La Mutuelle peut verser un forfait pour permettre à la future maman d'accéder à l'examen d'amniocentèse lorsqu'il n'est pas pris en charge par le Régime Obligatoire.

• Thalasso thérapie jeune maman

La Mutuelle peut verser un forfait pour la thalasso thérapie jeune maman, à condition que celle-ci soit effectuée dans les douze mois qui suivent la naissance de l'enfant et que celui-ci soit inscrit comme ayant droit du contrat. Le forfait est attribué une seule fois par accouchement. Le remboursement des prestations thalasso thérapie n'est pas cumulable avec la prestation cure thermale. Pour être prise en charge, la thalasso thérapie doit être effectuée en France Métropolitaine.

• Ostéodensitométrie osseuse

La Mutuelle peut prendre en charge les actes d'ostéodensitométrie osseuse sans prise en charge par le Régime Obligatoire à hauteur d'un forfait.

• Pédicure – Podologue

La Mutuelle peut verser une somme forfaitaire pour les actes de soins des pieds, de la peau et des ongles relevant du domaine médical, dispensés par le pédicure. Sont également pris en charge les traitements ou soins dispensés par un podologue ou un podothérapeute.

• Ostéopathie

La Mutuelle peut verser un forfait pour les séances d'ostéopathie. Pour bénéficier d'une prise en charge de la Mutuelle, il faut que les séances d'ostéopathie soient effectuées par un ostéopathe titulaire d'une formation ou d'un diplôme d'ostéopathie ou d'une autorisation d'exercice, conformément à l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

• Médecines douces

La Mutuelle peut verser un forfait, par an et par Membre Participant et ayant droit, pour des consultations ou des séances pratiquées par un professionnel de santé dont les spécialités sont listées dans le tableau des garanties de la garantie souscrite.

• Pratique d'un sport en club sportif

La Mutuelle verse un forfait par an et par Membre Participant et ayant droit pour la prise en charge d'une partie de la cotisation relative à la pratique d'un sport. Sont exclus les sports reconnus comme extrêmes ou réputés dangereux, visés ci-dessous :

- Sports de glisse : airboard, freebord, kite surf, snowboard, speedriding, surf, streetluge, longskate, le ski extrême, l'alpinisme,
- Sports mécaniques : quad, roller derby, stunt, FMX, moto cross, karting,
- Sports à sensations : apnée, base jump, chute libre, saut à l'élastique, skysurf, urban climbing, cascade de glace, plongeon, rafting, dry tooling, escalade, parapente, échasses urbaines, deltaplane, voltige, cyclisme de descente, surf, spéléologie, parachutisme, montgolfière, vol à voile, ULM.
- Sports de loisirs : pêche, chasse.

• Prévention soleil

La Mutuelle peut verser un forfait par enfant de moins de 16 ans pour la crème solaire affichant un indice de protection égal ou supérieur à 30.

• Patchs anti douleur

La Mutuelle peut verser un forfait par enfant de moins de 16 ans, pour les patchs anti douleur.

Article 16.3 - Limites de remboursements

En optique

- L'attribution du forfait se fait par périodes de 2 ans, cette durée est fixe et s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

- Les verres solaires ou teintés sont exclus de toute garantie, sauf sur prescription médicale.

- Pour le poste lentilles, les produits et accessoires ne sont pas pris en charge dans le forfait.

En dentaire

Sont exclues de tous remboursements les prothèses dites « provisoires ».

Et plus généralement, sous réserve du respect des obligations de prise en charge prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle ne garantit pas les frais de traitement et opérations de rajeunissement et les frais de chirurgie esthétique.

SECTION 3 : DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES DÉCÈS ET ASSIMILÉES

Article 17 - Objet des garanties

Article 17.1 - Garantie de Base : en cas de décès

Si prévu aux règlements particuliers, la Mutuelle garantit le versement, en cas de décès du membre participant survenant au cours de la période de garantie et, selon la garantie souscrite, de ses ayants droit, d'un capital dont le montant est précisé dans les tableaux de garanties annexés aux règlements particuliers ou sur les bulletins d'adhésion au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 18 du présent règlement.

Article 17.2 - Garantie Assimilée : en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

La Mutuelle garantit, en cas de reconnaissance d'une perte totale et irréversible d'autonomie survenant au cours de la période de garantie constatée dans les conditions ci-après, le versement par anticipation du capital décès.

Dans cette hypothèse, la Mutuelle est libérée de toute obligation lors du décès ultérieur de l'assuré.

D'une manière générale, sont considérés comme étant en état de perte totale et irréversible d'autonomie les invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession pouvant leur procurer gain ou profit, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En pratique, seront seulement réputés en état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'une part, l'assuré classé par la Commission de Réforme dans la 3^{ème} catégorie d'invalides visée par l'article 6 du décret n°60-58 du 11 janvier 1960 et, d'autre part, l'assuré classé par la Sécurité sociale dans la 3^{ème} catégorie d'invalides visée par l'article L.341-4, 3^e du Code de la sécurité sociale.

Sera aussi assimilée à l'état de perte totale et irréversible d'autonomie l'incapacité permanente totale avec attribution par la Sécurité sociale d'une majoration

de la rente au titre de l'assistance d'une tierce personne résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, par application de l'article L.434-2 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

Article 18 - Bénéficiaire(s)

Article 18.1 - Bénéficiaire des garanties en cas de décès

Le(s) bénéficiaire(s) du capital dû par la Mutuelle lors du décès du membre participant et/ou de ses ayants droit sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de leur part, dans le certificat de désignation du bénéficiaire fourni par la Mutuelle et retourné à cette dernière ou dans un avenant signé par les parties ou dans un acte sous seing privé ou authentique postérieur porté à la connaissance de la Mutuelle.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés par le membre participant, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant du membre participant non divorcé, à défaut au partenaire lié par un Pacs, à défaut au concubin notoire, la qualité de ces personnes étant appréciée au moment du décès,
- à défaut, aux enfants du membre participant nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux héritiers du membre participant, en application des règles de la dévolution successorale légale.

Article 18.2 - Bénéficiaire des garanties en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire de la garantie est le membre participant.

Article 19 - Conditions de versement du capital

Dès notification à la Mutuelle du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, celle-ci enverra aux personnes concernées les formulaires nécessaires à la justification de la demande.

Article 19.1 - En cas de décès

Les capitaux sont versés à la demande du bénéficiaire, sur production des pièces et justificatifs suivants :

- un acte de décès,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- en cas d'accident : le procès verbal de police ou de gendarmerie,
- les pièces justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires : identité, qualité et adresse,
- un certificat d'hérédité,
- un certificat de porte fort, en cas de pluralité d'héritiers,
- la désignation de bénéficiaire complétée, datée et signée par le membre participant.

Article 19.2 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Les capitaux sont versés sur production des pièces et justificatifs suivants :

- un titre de pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie ou de rente d'accident du travail ayant

donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale,

Toute pièce ou justificatif complémentaire que la Mutuelle estimera nécessaire au traitement du dossier.

Article 20 - Exclusions

La Mutuelle ne prend pas en charge les risques suivants :

- le suicide volontaire et conscient de l'assuré au cours de la première année de l'adhésion (article L.223-9 du Code de la mutualité),
- le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire,
- les faits de guerre étrangère, lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- les faits résultant directement ou indirectement de guerre civile ou étrangère,
- les émeutes, insurrections, actes de terrorisme ou sabotage, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
- tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules,
- le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'assuré ou l'ayant droit,
- l'acte effectué sous l'emprise de l'ivresse, si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route, ou sous l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement,
- les démonstrations, raids, acrobaties, compétitions et tentatives de records, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- les vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- la pratique de sports aériens, automobiles, motocyclistes ou motonautiques à titre professionnel ou amateur, et de tous les autres sports à titre professionnel.

Article 21 - Règles dérogatoires en matière de prescription

Par dérogation à l'article 6 du présent règlement, la prescription est portée à dix ans pour le risque décès, lorsque le bénéficiaire est l'ayant droit du membre participant décédé.

Article 22 - Calcul des cotisations décès et assimilées

La cotisation est calculée en fonction de la table de mortalité décès et du taux d'intérêt technique.

Après étude technique des provisions à constituer et des résultats des régimes, les montants des cotisations sont susceptibles d'être révisés à chaque échéance.

Article 23 - Faculté de renonciation

Le membre participant peut renoncer à sa garantie dans les 30 jours à compter de la date où il est informé que son contrat a pris effet. Il lui suffit, pour ce faire,

d'envoyer au siège social de la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception ou de procéder à un envoi recommandé électronique, libellé comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser le numéro de la catégorie) et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de ma LRAR ».

Article 24 - Examen médical approfondi

En cas de demande d'un capital pour perte totale et irréversible d'autonomie, la mutuelle se réserve le droit de faire subir à l'assuré un examen médical approfondi, soit par son propre médecin conseil, soit par tout autre médecin auquel elle donne mandat.

Compte tenu de l'avis formulé par ce dernier, la mutuelle statue sur la demande présentée et notifie sa décision à l'assuré.

L'assuré ne peut se soustraire à ce contrôle sous peine de déchéance de la garantie.

En cas de contestation médicale, celle-ci sera appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil et le médecin de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'ordre des Médecins du domicile de l'assuré.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par la mutuelle restent à sa charge ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront alors à la charge du membre participant.

SECTION 4 : GARANTIES ADDITIONNELLES

Article 25

Conformément à l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut souscrire tout contrat ou convention auprès d'une autre Mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance et accorder aux bénéficiaires du présent contrat des garanties supplémentaires en complément de la garantie « frais de soins de santé » souscrite auprès de la Mutuelle. Tous les membres participants sont alors tenus de s'affilier à ce contrat.

Une notice spécifique définissant, a minima, les garanties, les modalités de leur entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, le contenu des clauses édictant les nullités, les déchéances, les exclusions, ainsi que les limitations de garanties et les règles de prescription, est remise par la Mutuelle aux membres participants.

SECTION 5 : LISTE DES RÈGLEMENT PARTICULIERS RELEVANT DU PRÉSENT RÈGLEMENT

Article 26

A l'exception des garanties relevant du règlement mutualiste de protection sociale complémentaire labellisé permettant un financement des collectivités territoriales, les garanties de la mutuelle sont soumises au présent règlement.



— Une mutuelle du —



Siège social : 30 avenue Denis Cordonnier - 59000 LILLE CEDEX
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - SIREN n° 775 627 391

