

# REGLEMENT MUTUALISTE

mis en conformité aux dispositions du Code de la Mutualité  
tel qu'il résulte de l'ordonnance du 19 avril 2001 et des textes subséquents.

Approuvé par le Conseil d'administration du 1<sup>er</sup> juillet 2005.  
Adopté par l'Assemblée générale du 30 juin 2003 et  
modifié par les Assemblées Générales du 1<sup>er</sup> juillet 2004 et du 19 juin 2009.



## **MUTA SANTE**

MUTUELLE ALSACIENNE POUR LA SANTE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.  
Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 394 152 474.  
Agréée par arrêté Préfectoral du 3 juillet 2003.

MULHOUSE  
143, avenue Aristide Briand - BP 2439 - 68067 Mulhouse Cedex

STRASBOURG  
2, rue de Reutenbourg - 67921 Strasbourg Cedex 9

### **CHAPITRE 1<sup>er</sup>**

#### **DISPOSITIONS GENERALES**

##### **ARTICLE 1<sup>er</sup> OBJET**

Le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Par dérogation, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la Mutuelle et la personne morale souscriptrice.

##### **ARTICLE 2**

##### **ADOPTION – MODIFICATION**

Le règlement est adopté et modifié par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

Toute modification du règlement mutualiste est portée à la connaissance des membres participants et honoraires, en particulier toute modification du règlement concernant le contrat et ses modalités de modification.

##### **ARTICLE 3**

##### **MODALITES D’AFFILIATION**

L'engagement réciproque du membre participant ou du membre honoraire et de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou le cas échéant, de la souscription d'un contrat collectif.

Pour les opérations individuelles régies par le présent règlement, la Mutuelle remet gratuitement au membre participant ou au

futur membre participant avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les statuts et le règlement ou une fiche d'information sur le contrat qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement.

A leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants des mutuelles sans l'intervention de leur représentant légal.

Lorsque l'adhésion est acceptée, la Mutuelle adresse au membre un exemplaire du "certificat d'adhésion" reprenant l'ensemble des mentions figurant dans le bulletin d'adhésion et notamment la nature de la couverture, les taux et assiettes de cotisation, la date d'effet, la date d'échéance, la liste des ayants-droit, le montant des prestations correspondant à la garantie souscrite.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion auquel fait référence le certificat d'adhésion est constatée par la notification de celle-ci au membre participant ou honoraire.

##### **ARTICLE 4**

##### **CATEGORIES DE BENEFICIAIRES**

Les bénéficiaires des prestations de la Mutuelle sont les membres participants et éventuellement, leurs ayants-droit à titre gratuit lorsque la cotisation est prévue comme telle, à titre onéreux dans tous les autres cas. La détermination des ayants-droit est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Les bénéficiaires perçoivent les prestations de la Mutuelle en fonction de l'option choisie et doivent remplir les conditions d'âge, d'appartenance au régime de Sécurité sociale ou équivalent concerné suivant l'option choisie.

##### **ARTICLE 5**

##### **PRESCRIPTION**

##### **Article 5.1 - Délai de prescription**

Toutes les actions sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Passé ce délai, l'action n'est plus recevable.

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, du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

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

##### **Article 5.2 - Interruption de la prescription**

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

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

##### **ARTICLE 6**

##### **DUREE ET EFFET DE LA GARANTIE**

La garantie est souscrite pour une durée expirant le 31 décembre suivant la date d'effet. Elle se renouvelle ensuite sous réserve du paiement des cotisations par tacite reconduction le premier janvier de l'année civile sauf cas de cessation des garanties prévues aux articles 8 et suivants du présent règlement.

### **CHAPITRE 2**

#### **DROITS ET OBLIGATIONS RECIPROQUES DES MEMBRES PARTICIPANTS ET DE LA MUTUELLE**

##### **ARTICLE 7**

##### **DECLARATION DU RISQUE**

Lors de la signature du bulletin d'adhésion, le membre participant doit répondre avec exactitude aux questions posées, par la Mutuelle, dans le respect des dispositions de l'article L 112-1 du Code de la Mutualité.

Indépendamment des causes de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

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.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin 10 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'aurait 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.

## **ARTICLE 8**

### **FIN DE L'ADHESION ET DU BENEFICE DE LA GARANTIE OU RESILIATION DU CONTRAT**

Pour les opérations individuelles, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance de l'un des événements suivants :

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

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec une situation antérieure qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après la réception de sa notification.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie des cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à partir de la date de résiliation.

## **ARTICLE 9**

### **FACULTE DU MEMBRE PARTICIPANT DE METTRE FIN ANNUELLEMENT A SON ADHESION**

Le membre participant, pour les opérations individuelles peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux mois avant la date de l'échéance.

## **ARTICLE 10** **COTISATIONS**

### **Article 10.1 - Fixation et évolution des cotisations**

Les cotisations sont fonction de l'option choisie et leur montant est modulé en fonction du régime de Sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence ou du nombre d'ayants-droit.

Le barème des cotisations est fixé annuellement par l'Assemblée Générale qui peut déléguer ce pouvoir au Conseil d'Administration dans les conditions légales.

Les modifications des montants de cotisations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents et ne permettent en aucun cas une résiliation en dehors de l'échéance normale prévue à l'article 6.

Les membres honoraires paient une cotisation annuelle d'un montant minimum de 20 euros

### **Article 10.2 - Paiement des cotisations**

La cotisation est payable par avance au début de chaque trimestre ou de chaque mois. La récupération de cette cotisation sera obligatoirement effectuée par prélèvement, soit sur rente, soit sur le compte bancaire, postal, ou d'épargne de l'intéressé, sauf cas exceptionnels liés à des situations légales ou judiciaires entraînant une impossibilité d'effectuer un prélèvement.

Dans cette optique, le futur membre sera invité à signer au profit de la Mutuelle l'autorisation de prélèvement correspondante.

### **Article 10.3 - Défaut de paiement des cotisations**

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que,

éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

## **ARTICLE 11** **PRESTATIONS**

### **Article 11.1 - Fixation et évolutions des prestations**

Les prestations sont fonction de l'option choisie.

Les prestations sont déterminées annuellement par l'Assemblée Générale qui peut déléguer ce pouvoir au Conseil d'Administration dans les conditions légales.

Les modifications des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents et ne permettent en aucun cas une résiliation en dehors de l'échéance normale prévue à l'article 6.

### **Article 11.2 - Nature des prestations**

Les contrats de MUTA SANTE sont responsables et peuvent bénéficier à ce titre des avantages mentionnés aux articles L871-1 et L863-6 du Code de la Sécurité sociale.

Ils ne prennent notamment pas en charge, la contribution forfaitaire instaurée par la loi du 13 août 2004, les dépassements d'honoraires et la majoration de Ticket modérateur prévus dans le cas du non-respect du parcours de soin et les franchises prévues à l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale dans le respect des limites éventuelles prévues par la Loi.

Les garanties de MUTA SANTE sont également conformes aux dispositions en vigueur relatives aux contrats "SOLIDAIRES" puisque les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

La Mutuelle intervient, selon les dispositions particulières de l'option retenue par l'assuré, en complément du Régime Général de la Sécurité sociale, de tout autre régime obligatoire ou régime équivalent pour lesquels elle assure le régime de base.

Les prestations sont calculées, acte par acte, selon les coefficients stipulés aux dispositions particulières de l'option retenue, et sont limitées, en tout état de cause et tous régimes confondus, aux frais réellement engagés. Les frais en cause doivent avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française avec une date de soins pendant la période d'assurance.

Les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale ne seront pas pris en compte.

La Mutuelle intervient également, selon les dispositions particulières de l'option retenue par l'assuré pour des actes non reconnus par le Régime Général de la Sécurité sociale, soit de tout autre régime obligatoire ou équivalent.

La date des soins retenue sera, dans tous les cas, celle figurant sur le décompte de l'organisme de Sécurité sociale ou sur la facture du professionnel de santé pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale et ne figurant pas sur ses décomptes.

Pour les consultations et visites chez un praticien non conventionné, MUTA SANTE rembourse sur la base fictive du tarif conventionné.

#### **Hospitalisation :**

Les soins pris en charge sont les interventions chirurgicales et soins postopératoires qui ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Peuvent être également pris en charge selon détail figurant aux dispositions particulières de l'option retenue, les frais de séjour en chambre particulière, le forfait hospitalier, la contribution forfaitaire, les frais d'accompagnement d'un enfant, si ce dernier a passé au moins une nuit à l'hôpital.

Les frais d'accompagnement (lit, repas) d'un enfant hospitalisé sont pris en charge, s'ils sont prévus au contrat, à condition cependant que les frais soient acquittés par une personne assurée par la Mutuelle et qu'ils soient facturés par l'Établissement hospitalier. Sont également pris en charge les frais d'hébergement et de nourriture engagés dans les « maisons de parents ».

Les frais doivent avoir été exposés en hôpitaux, cliniques, sanatoriums, préventoriums conventionnés par la Sécurité sociale.

La Mutuelle interviendra pour les frais de séjour (chambre et forfait journalier) en établissements, services ou sections hospitalières psychiatriques comme pour une hospitalisation chirurgicale mais la prise en charge est limitée à 90 jours par an.

Pour ce qui est des séjours en centre de réadaptation, maisons de repos ou de convalescence, ou tout autre centre spécialisé ou service hospitalier spécialisé, la prise en charge est similaire à l'hospitalisation, mais pour une durée limitée à 45 jours par séjour si le séjour fait suite à une hospitalisation chirurgicale intervenue il y a moins de 6 mois et à 30 jours/an dans les autres cas.

Les frais de chambre particulière ou d'accompagnement facturés en cas d'hospitalisation de jour (ambulatoire) sont pris en charge dans les mêmes conditions qu'une hospitalisation avec séjour.

Les forfaits d'accueil et divers suppléments facturés par les hôpitaux ou cliniques (forfait

hôtelier, télévision, téléphone, journal, ...) ne font l'objet d'aucun remboursement.

Ne sont pas assimilés aux prises en charge d'hospitalisation médicale et chirurgicale les frais découlant :

- de moyens et longs séjours,
- les séjours en maison de retraite.
- les frais liés au placement en maisons d'accueil spécialisées ainsi que ceux liés au placement en institutions sociales et médicaux-sociales prévues par la Loi du 30 juin 1975.

Il est précisé qu'en cas d'intervention dans un établissement non conventionné par la Sécurité sociale, la Mutuelle interviendra à raison de 50 % des frais exposés moins le remboursement éventuel de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, en cas d'hospitalisation sans accord préalable de la Sécurité sociale dans un établissement situé hors de la circonscription territoriale de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont relève le bénéficiaire, la différence de tarif journalier laissée à sa charge n'est pas prise en compte par la Mutuelle.

#### **Frais de maternité :**

La prime de naissance éventuellement prévue au contrat est versée à l'assuré sur présentation d'un acte de naissance ou d'un justificatif d'adoption. Cette prime n'est pas versée lorsqu'un enfant d'un assuré (ayant-droit) devient lui-même parent.

Lorsque le contrat prévoit exclusivement une prime de naissance, les frais médicaux (chambre, honoraires de l'anesthésiste ou du gynécologue) ne sont pas pris en compte par la Mutuelle hormis les frais d'anesthésie et de chirurgie liés à une éventuelle césarienne.

Si l'option souscrite prévoit la prise en charge des frais médicaux liés à l'accouchement, les frais doivent avoir été acquittés pour une personne couverte au titre du contrat (assuré ou ayant-droit). Les frais d'adoption ne donnent pas lieu à remboursement.

#### **Soins et hospitalisation à l'étranger :**

Les soins effectués à l'étranger et pris en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de base du pays concerné donneront lieu aux prestations définies aux dispositions particulières de l'option retenue, à condition qu'ils puissent être clairement identifiés et cotés par assimilation à la nomenclature française (lunette, couronne dentaire, consultation, etc...). Lorsque les soins à l'étranger font l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de base du pays concerné mais ne peuvent être clairement identifiés et assimilés à une cotation de la Sécurité sociale française, quel que soit le pays concerné, le remboursement de la Mutuelle est limité à 200 % du montant remboursé par la Sécurité sociale ou par le régime de base du pays concerné. (l'assuré doit alors être en mesure de fournir un justificatif du remboursement du régime de base).

Les hospitalisations effectuées à l'étranger remboursées par la Sécurité sociale française ou par le régime de base du pays concerné donneront lieu à un remboursement de la Mutuelle après intervention des contrats d'assistance dont dispose éventuellement l'assuré.

Quel que soit le pays concerné, le remboursement de la Mutuelle est limité à 200 % du montant remboursé par la Sécurité sociale ou par l'organisme de base du pays concerné.

#### **Optique :**

Les frais engagés pour les traitements de teinte de lunettes et pour les produits d'entretien des lentilles ne sont pas pris en charge.

#### **Dentaire :**

La date de soin retenue pour déterminer si la Mutuelle rembourse ou non les soins est la date de soin figurant sur le décompte de la Sécurité sociale (notamment pour l'orthodontie reconnue) ou sur la facture du dentiste pour les soins non pris en charge par la Sécurité sociale.

#### **Actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale :**

Le remboursement de la Mutuelle est limité dans tous les cas au ticket modérateur pour les soins pour lesquels le dentiste n'est pas autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires (détartrage, faux-moignon, amalgame, composite, ...).

Pour les soins avec dépassements autorisés (inlay, onlay, ailette, attelle, ..), il est fait application du pourcentage de remboursement prévu au contrat.

#### **Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale ou hors nomenclature :**

Le contrat peut prévoir un remboursement sous la rubrique "Soins et prothèses non reconnus ou actes non remboursés par la Sécurité sociale".

La prise en charge de MUTA SANTE est faite sur la base des prestations prévues au contrat (conditions particulières de l'option retenue) en retenant pour la valorisation des actes dentaires la cotation interne suivante.

	Cotation
Couronne sur dent vivante refusée par la Sécurité sociale	SPR 50
rebasage	SPR 12
Bridges provisoires	3 dents SPR 30 + SPR 10 par dent supplémentaire
Couronne provisoire et appareils provisoires (y compris couronne provisoire sur implant)	1 à 3 dents SPR 25 + SPR 5 par dent supplémentaire

Sauf disposition contraire expressément mentionnée au contrat, tous les autres actes hors nomenclature ou non remboursés par la Sécurité sociale ne font l'objet d'aucune prise en charge par la Mutuelle (soins de parodontologie, orthodontie non remboursée, ...).

### **Frais de transport :**

Pour la prise en charge des frais de transport en véhicule particulier, la Mutuelle estimera les frais sur la base de la distance parcourue et du barème fiscal des indemnités kilométriques en vigueur au moment du déplacement.

### **Cure :**

Les cures de thalassothérapie ne font pas l'objet d'un remboursement. Les soins de cure dispensés suite à une ordonnance du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins font l'objet d'une prise en charge minimale du ticket modérateur.

Ne sont considérés comme soins de cure que les soins qui font l'objet d'une cotation et d'un remboursement de la Sécurité sociale. Ne font notamment pas l'objet d'un remboursement les suppléments de confort (1ère classe, ..).

### **Article 11.3 - Délais de carence**

La Mutuelle intervient par principe pour les frais engagés par l'assuré à compter de la date d'effet de son adhésion et jusqu'à la date effective de sa radiation.

Il est cependant fait application des délais de carence suivants, si l'assuré ne disposait pas, la veille de son adhésion d'une couverture identique auprès d'un organisme similaire :

- trois mois pour les petits risques :  
c'est-à-dire frais de consultation, pharmacie, analyses, examens de laboratoires, radiographies, auxiliaires médicaux, prothèses et orthopédie médicales, petite chirurgie (hors hospitalisation), soins dentaires.
- six mois pour les gros risques :  
c'est-à-dire frais hospitaliers, honoraires chirurgicaux pendant l'hospitalisation, frais de cure, frais d'optique, maternité et prothèses dentaires.

Les changements d'option ne sont possibles qu'au début de chaque année civile. Ils doivent être notifiés à la Mutuelle par écrit.

Par ailleurs, en cas de souscription à une option améliorée après une option de base, un délai d'un an devra être respecté avant de pouvoir re-souscrire à une garantie de niveau inférieur.

### **Article 11.4 – Tiers-payant**

Certaines dépenses de santé peuvent donner lieu à un remboursement direct au professionnel de santé qui pratique ce système, par le biais d'une prise en charge (hospitalisation, optique), ou sur simple présentation de l'attestation de tiers-payant (pharmacie, laboratoire, radiologie,..) et éviter ainsi à l'assuré de faire l'avance de fonds.

### **Article 11.5 – Procédure de demande de remboursement**

#### **Procédure n° 1**

L'assuré doit remettre toutes pièces justificatives et notamment :

1. l'original du décompte de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.
2. l'original de la notification de refus de prise en charge par la Sécurité sociale pour la prise en charge des frais n'ayant pas donné lieu au remboursement de la Sécurité sociale.
3. une facture acquittée des frais réels pour :
  - les prothèses dentaires (le chirurgien dentiste ou le stomatologue doit indiquer le nombre de dents traitées et la codification des soins et prothèses)
  - les implants
  - l'optique (l'opticien doit mentionner séparément le prix des verres et celui de la monture).
4. au titre de la garantie maternité (adoption) :
  - le bulletin de naissance de l'enfant
  - le certificat émanant de l'Aide Sociale à l'Enfance ou d'une œuvre d'adoption autorisée attestant du placement de l'enfant en vue de son adoption plénière et précisant l'âge ou la date de naissance de l'adopté ou, à défaut, copie du Jugement d'Adoption Plénière.

Les pièces justificatives sont conservées par la Mutuelle.

#### **Procédure n° 2**

Il est proposé aux assurés le système de télétransmission "Noémie" permettant une liaison informatique directe entre les CPAM et la Mutuelle.

Pour officialiser ce dernier choix, l'assuré est invité à remettre une photocopie de l'attestation jointe à la carte VITALE, ainsi que celle, éventuellement, des ayants-droit assurés sociaux à titre personnel et également bénéficiaires du contrat.

Cette procédure entraînera malgré tout la nécessité pour l'assuré de fournir dans certains cas précis (par exemple : frais d'optique, de prothèse dentaire, de dépassements d'honoraires chirurgicaux ou de maternité) les justificatifs correspondants.

### **Article 11.6 - Modalité de versement des prestations**

Les remboursements complémentaires sont virés sur le compte bancaire postal, ou d'épargne de l'assuré.

### **Article 11.7 - Poursuite des règlements indus**

La Mutuelle est en droit de poursuivre le remboursement de toutes prestations indûment versées au bénéficiaire ou à ses ayants droit pour quelque motif que ce soit, notamment lorsqu'elles correspondent à des frais médicaux postérieurs à la date de cessation des garanties.

### **Article 11.8 - Subrogation**

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 qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même en cas d'accident suivi de mort, la part de l'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

### **ARTICLE 12** **ANIP**

La Mutuelle est adhérente à l'ANIP : Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance, 15 Rue Rouget de Lisle 71300 Montceau-Les-Mines, dont la mission est de représenter et de défendre les intérêts matériels et moraux des Travailleurs Non Salarisés (T.N.S.) et leur permettre de bénéficier des avantages de la loi Madelin.

### **ARTICLE 13** **UGM REUNI MUTUELLES**

La Mutuelle qui fait partie du Groupe REUNICA est adhérente à l'Union de Groupe Mutualiste (UGM) REUNI MUTUELLES : 154, Rue Anatole France – 92300 LEVALLOIS-PERRET, dont l'objet est de promouvoir le développement et la défense des intérêts de ses groupements adhérents. Cette Union ne peut en aucun cas pratiquer des opérations d'assurance ou de réassurance.

## **CHAPITRE 3**

### **TABLEAU DES COTISATIONS ET PRESTATIONS**

Le détail des prestations et cotisations est joint en annexe selon l'option choisie.