

# REGLEMENT MUTUALISTE CHORALIS MUTUELLE LE LIBRE CHOIX au 01/01/2012

SIREN 783 747 793

Siège social : Boulevard de l'Europe 59602 MAUBEUGE CEDEX

## CHAPITRE I : OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE DATE D'EFFET ET DUREE

### TITRE I – Objet

#### Article 1

Le présent règlement mutualiste, élaboré conformément à l'article 4 des statuts de la mutuelle, a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire de la mutuelle, relatifs aux conditions d'adhésion, démission ou exclusion. Il détermine également la nature, le montant des prestations, le montant de cotisations.

#### Article 2

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre que les statuts.

### TITRE II - Date d'effet et durée

#### Article 3

Les textes du présent règlement sont applicables dès son approbation par l'assemblée générale. Ils peuvent être modifiés par délibération du conseil d'administration. Les modifications ainsi apportées deviennent applicables immédiatement et doivent être ratifiées par la plus proche assemblée générale.

## CHAPITRE II : CATEGORIE DE BENEFICIAIRES

### TITRE I – Bénéficiaires individuels

#### Article 4

Conformément à l'article 8 des statuts, sont réputés membres adhérents individuels les personnes qui font acte d'adhésion dans l'une des sections définies à l'article 5 du présent règlement.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptations des dispositions statutaires, du règlement intérieur ainsi que du présent règlement mutualiste.

Peuvent adhérer au contrat :

- a) tout(e) assuré(e) social(e) immatriculé(e) à un régime obligatoire d'assurance maladie,
- b) le conjoint (marié, pacsé, en vie maritale ou assimilé selon la législation française en vigueur),
- c) les enfants à charge, au sens de la Sécurité sociale,
- d) les enfants ayant leur propre immatriculation, s'ils sont âgés de moins de 28 ans (étudiants, sous contrat d'apprentissage ou à la recherche d'un premier emploi), sous réserve de justifier de leur situation.

#### Article 5

Les membres participants ayant adhéré à titre individuel, conformément à l'article 8 des statuts, peuvent choisir entre les sections suivantes : Topaze, Saphir, Émeraude, Rubis et Diamant.

Sous réserve de remplir certaines conditions, les membres participants pourront souscrire aux sections Tonus, Santé, Santé plus Prestige.

Toutes ces sections sont ouvertes aux personnes soumises à un régime français obligatoire d'assurance maladie ainsi qu'à leur famille.

#### Article 6

L'adhésion prend effet au premier jour du mois indiqué sur le bulletin d'adhésion sous réserve que l'ensemble des documents nécessaires à l'adhésion ait été transmis à la mutuelle avant le 10 du mois.

La première échéance annuelle étant fixée au 31 décembre.

La durée minimale du contrat est d'une année civile.

L'adhésion est réputée viagère conformément au code de la mutualité article L 114/4.

Le contrat se reconduit tacitement d'année en année, sauf dénonciation par lettre recommandée 2 mois avant l'échéance annuelle soit le 31 octobre.

### TITRE II – Bénéficiaires de contrats collectifs

#### Article 7

La qualité d'adhérent entrant dans la catégorie des contrats collectifs, conformément à l'article 9 des statuts, résulte de la signature d'un contrat entre la mutuelle et l'employeur ou la personne morale pour ses salariés, qu'il s'agisse d'opérations collectives facultatives ou d'opérations collectives obligatoires en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

#### Article 8

L'adhésion prend effet au premier jour du mois indiqué dans le contrat signé avec le souscripteur. Le contrat signé avec le souscripteur prévoit :

- les personnes concernées par le contrat,
- la durée du contrat,
- les clauses de renouvellement ou de non renouvellement,
- le montant des cotisations,
- la nature des prestations, les taux de remboursements, les éventuelles périodes de stage.

## CHAPITRE III : COTISATIONS

### TITRE I - Cotisations des bénéficiaires individuels

#### Article 9 - Montant de la cotisation

##### 9-1 Fixation et évolution des cotisations conformément à l'article 25 des statuts

Les cotisations sont fixées par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration de la Mutuelle quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette ou ce dernier. Le montant des cotisations peut être modifié dans le cadre des dispositions prévues par les articles L114-10 et L114-11 du code de la mutualité. Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants. Le tableau des cotisations annexé au présent règlement est valable jusqu'à sa prochaine modification décidée par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration.

##### 9-2 Mode de calcul des cotisations

Les cotisations sont déterminées par année civile en fonction de la garantie choisie et par tranche d'âge.

Elles sont réajustées à la date de l'appel de la cotisation, au premier jour du mois d'anniversaire du responsable de contrat.

Les assurés sociaux adhérant après 55 ans, alors qu'ils ne sont pas couverts auprès d'un autre organisme, doivent acquitter des cotisations majorées.

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation annuelle, il règle une cotisation pour lui et l'ensemble de ses ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion.

Certains adhérents peuvent bénéficier de la prise en charge de leurs cotisations au titre de la CMU complémentaire ou d'une prise en charge au titre du "crédit d'impôt" au sens de l'article L863-1 et suivants du code de la Sécurité Sociale .

Ces avantages sont accordés sur présentation de l'attestation fournie par la CPAM au membre participant.

Le financement de ces prises en charge est perçu directement par la mutuelle.

#### **Article 10 - Paiement des cotisations**

Le paiement de la cotisation est annuel, il intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion. La périodicité mensuelle est réservée aux adhérents payant leur cotisation par prélèvement sur compte bancaire. La cotisation est annuelle et payable d'avance. Le paiement fractionné n'est qu'une facilité de paiement accordée aux adhérents. Un appel de cotisation est établi par la mutuelle et adressé aux membres participants. Le paiement de la cotisation doit intervenir dans les 10 jours qui suivent chaque échéance. La non réception de l'avis d'appel par l'adhérent ne le dispense pas de l'obligation de payer sa cotisation. Il doit dans cette hypothèse contacter la mutuelle. Dans tous les cas, l'adhérent doit régler au comptant un mois de cotisation au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

#### **Article 11 - 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 en justice, la mutuelle adresse au membre participant une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure de payer les cotisations.

Cette mise en demeure fait courir à partir de sa date d'envoi un délai de 30 jours au terme duquel la garantie est suspendue.

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

Sans autre envoi spécifique, au terme d'un délai de 10 jours après expiration du délai de 30 jours et si la cotisation n'a toujours pas été payée, le contrat est résilié.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Par ailleurs, la mutuelle peut procéder au recouvrement des échéances impayées, par tout moyen de droit.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la mutuelle exigera le remboursement des prestations dont les dates de soins sont postérieures à la date d'effet de la résiliation des garanties.

Les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle les cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure, et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

#### **Article 12 - Modification de la situation familiale**

Les modifications survenues dans la situation de famille (naissance, mariage, séparation de corps, divorce, décès) entraînant changement du taux de la cotisation, prennent effet à partir du premier jour du mois suivant.

#### **Article 13 - Aide à la maternité**

Les cotisations des 6 premiers mois sont offertes au nouveau-né s'il est inscrit dans le mois de sa naissance (hors contrats Topaze, hors contrats collectifs et hors gratuité à partir du 4<sup>ème</sup> enfant).

#### **Article 14**

La durée minimum de sociétariat dans toutes les sections est fixée à une année, sachant que la 1<sup>ère</sup> échéance annuelle est fixée au 31 décembre de l'année courante. Le contrat se reconduit tacitement d'année en année. Il se dénonce par courrier recommandé et préavis de deux mois avant l'échéance annuelle.

### **TITRE II – Cotisations des bénéficiaires des contrats collectifs**

#### **Article 15**

Les cotisations des adhérents dans le cadre d'un contrat de groupe, soit facultatif, soit obligatoire, sont fixées lors de la signature dudit contrat.

Elles sont valables pour la durée du contrat et révisables lors du renouvellement de celui-ci.

Les modulations de tarif sont déterminées en fonction de la situation de famille, de l'âge moyen arithmétique de la démographie du groupement et du niveau de prestations prises en charge.

Lorsque le risque se trouve aggravé sans le fait des partis, notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, la mutuelle a la faculté de déterminer un nouveau taux de cotisation.

## **CHAPITRE IV : OBLIGATION DE LA MUTUELLE ENVERS LES ADHERENTS**

### **TITRE I – Prestations des bénéficiaires individuels**

#### **Article 16 - Maladie**

Tous nos contrats sont solidaires et responsables au sens des dispositions de l'article L871 - 1 du Code de la Sécurité sociale.

Ces dispositions comportent des exclusions et des obligations de prises en charge minimales précisées aux articles R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale ainsi qu'une interdiction de couvrir la participation mentionnée au II de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale.

Pour les prestations liées à la prévention, la prise en charge de la Mutuelle Le Libre Choix porte sur la totalité de la participation de l'assuré au sens du I de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale pour au moins 2 prestations de prévention considérées comme prioritaires et dont la liste est fixée par un arrêté du 8 juin 2006.

Pour ce qui concerne les sections Topaze, Saphir, Émeraude, Rubis, Diamant, les prestations sont les suivantes : se référer au tableau des garanties.

#### **Article 16bis - Fonds Social**

L'assemblée générale ou le conseil d'administration délibère chaque année sur le montant d'un budget alloué à l'attribution de secours exceptionnels destinés à ses membres participants et à leurs ayants droit. Les aides sont attribuées par une commission constituée au sein du conseil d'administration. Sont prises en compte les ressources du foyer du demandeur et tous éléments susceptibles de favoriser l'examen du dossier, notamment la situation de famille et l'ancienneté dans la mutuelle. Sont susceptibles de bénéficier d'une aide les dépenses liées à la

maladie, maternité, au décès, et de façon générale à la protection de la personne du membre participant et de ses ayants droit. La décision de la commission n'est susceptible d'aucun appel.

## **TITRE II – Prestations des bénéficiaires groupes**

### **Article 17**

Tous nos contrats sont solidaires et responsables au sens des dispositions de l'article L871 - 1 du Code de la Sécurité sociale.

Ces dispositions comportent des exclusions et des obligations de prises en charge minimales précisées aux articles R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale ainsi qu'une interdiction de couvrir la participation mentionnée au II de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale.

Pour les prestations liées à la prévention la prise en charge de la Mutuelle Le Libre Choix porte sur la totalité de la participation de l'assuré au sens du I de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale pour au moins 2 prestations de prévention considérées comme prioritaires et dont la liste est fixée par un arrêté du 8 juin 2006.

Pour ce qui concerne les adhérents bénéficiaires du contrat groupe, les prestations maladie accordées par la mutuelle sont les suivantes : se référer au tableau des garanties.

Les bénéficiaires de prestations "groupe" sont susceptibles de bénéficier de secours exceptionnels selon les modalités définies par l'article 16 bis du présent règlement mutualiste.

## **CHAPITRE V : CONDITIONS GENERALES D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS**

### **TITRE I – Conditions générales**

#### **Article 18**

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

#### **Article 19**

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge effective de l'adhérent. Sauf cas particulier, les garanties interviennent en complément et après remboursement préalable du régime de Sécurité sociale.

#### **Article 19 bis (hors contrats collectifs à adhésion obligatoire)**

L'adhésion au présent règlement permet de bénéficier de garanties supplémentaires d'assistance.

Ces deux garanties ont été souscrites sous forme de contrats collectifs par la Mutuelle sur décision de l'Assemblée Générale dans le cadre de l'article L221-3 du code de la Mutualité auprès des sociétés d'assurances :

- Groupe Mutuelle des Sportifs 214 rue Louis David 75782 Paris cedex 16 pour le Pass'sports Choralis
- Garantie Assistance : 38 rue de la Bruyère 75009 PARIS CEDEX pour Choralis Assistance et Préjudis Santé.

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par les assureurs auprès desquels la mutuelle les a souscrites en fonction des résultats techniques constatés par ces organismes.

Les modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Des notices d'informations spécifiques à ces garanties sont jointes au présent règlement.

#### **Article 20 – Prescription**

L'action de l'adhérent pour le paiement des prestations se prescrit par 2 ans plus le trimestre en cours, à compter de la date de l'événement. Ce délai est ramené à 3 mois en cas de démission. Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la mutuelle dans un délai de 3 mois à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

#### **Article 21 – Subrogation**

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent 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 d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. 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 22 – Exclusions**

La mutuelle rembourse dans tous les cas les prestations prévues aux articles L 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale qui définissent les contrats responsables mais excluent les prestations suivantes :

##### **- Les frais d'hébergement dans les établissements suivants :**

*maison d'accueil spécialisée (handicapés, débiles profonds), maison de long séjour et retraite, de gériatrie, maison d'enfant à caractère sanitaire non spécialisée institut médico-pédagogique, médico-culturel et médico-psychologique, institut de réadaptation professionnelle établissements non conventionnés.*

**- Les actes médicaux non pris préalablement en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire sauf prestations particulières mentionnées au descriptif des garanties.**

#### **Article 22 bis**

##### **Sont exclus des remboursements de la Mutuelle :**

- la participation forfaitaire de 1 euro, visée à l'article L322-2 du code de la sécurité sociale conformément à l'article 40 de la loi de financement de la Sécurité sociale,

- la majoration de participation laissée à la charge des assurés par l'Assurance Maladie Obligatoire dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un médecin autre que son médecin traitant sans prescription préalable de ce dernier ou n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel,

- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non respect par les assurés du parcours de soins,

- les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance Maladie Obligatoire,

- les franchises mises en place au 01/01/2008 sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports institués par l'article 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008.

#### **Article 23**

##### Dates retenues pour l'évaluation des droits

Soins ambulatoires divers : date des soins

Soins externes hospitaliers : date des soins

Soins dentaires : date des soins

Prothèses dentaires : date d'exécution (mise en bouche)

Orthodontie : date mentionnée sur la feuille de soins

Séjour : date d'entrée

Honoraires : date des soins

Pour les lunettes (ou lentilles) : date de facturation

Lentilles non remboursables : date de facturation

Pour l'appareillage : date de facturation

Cure thermique : date de début de cure

#### **Article 24**

##### Documents à fournir pour le remboursement

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à la mutuelle dans les meilleurs délais les documents originaux (ou certifiés conformes en cas de remboursement préalable de tout ou partie du reste à charge par un autre organisme complémentaire) indiqués ci-dessous. Si l'information est transmise directement par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie-Maternité à la mutuelle, le décompte envoyé à l'adhérent précise que la mutuelle a été avertie des remboursements effectués.

Les documents originaux doivent indiquer clairement le montant des dépenses et celui du remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie-Maternité:

Soins ambulatoires divers : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie-Maternité

Soins externes hospitaliers : Facture acquittée délivrée par l'établissement hospitalier

Soins dentaires : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie-Maternité

Prothèses dentaires : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie-Maternité

Orthodontie : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie-Maternité

Séjour : La facture réservée à la mutuelle dûment acquittée

Honoraires : La facture détaillée réservée à la mutuelle dûment acquittée

Médecines douces (acupuncture, chiropractie, homéopathie, méthode Mézières, ostéopathie, sophrologie, biomagnétisme) : Facture acquittée

Pour les lunettes (ou lentilles) : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie-Maternité

Lentilles non remboursables : Facture détaillée de l'Opticien et prescription médicale

Pour l'appareillage : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie-Maternité

Cure thermique : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie-Maternité

Les documents originaux fournis pour obtenir les versements des prestations sont conservés par la mutuelle.

La validité des documents détaillés ci-dessus se prescrit par 2 ans + trimestre en cours, à compter de la date de survenance de l'événement. Ce délai est ramené à 3 mois en cas de démission.

#### **TITRE II – Prestations des bénéficiaires individuels**

##### **Article 25**

Pour les nouveaux adhérents non à jour de cotisations auprès d'un autre organisme (assurances, mutuelle, CMU, etc...) un délai de carence de trois mois s'applique pour la seule garantie hospitalière (séjour, forfait hospitalier, chambre particulière, forfait accompagnant).

Pour adhérer au régime Diamant, les assurés sociaux doivent être âgés de moins de 60 ans et justifier de 3 années d'ancienneté à la Mutuelle Le Libre Choix sans interruption.

Pour les nouvelles adhésions, il y aura application d'un prorata temporis sur tous les forfaits

Exemple: adhésion au 1er octobre : forfait annuel = 25 % la première année

##### **Article 26 - Modifications des garanties**

L'adhérent ne pourra demander la modification de ses garanties en cours d'année. La modification n'est possible qu'à l'échéance annuelle et si la demande est faite par courrier adressé à la mutuelle au plus tard le 31 octobre.

##### **Article 27**

Les traitements d'orthodontie, les cures thermales et les analyses médicales acceptées par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale sont pris en charge.

Pour être pris en charge, le traitement d'orthodontie (O.D.F.), commencé avant l'âge de 16 ans, doit être remboursé par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale.

Les Bonus Fidélités "optique" s'apprécient sur la base de l'année civile et entrent en application à compter du 01/01/2010 pour les assurés inscrits au 01/01/2009 n'ayant pas consommé d'optique en 2009.

Le bonus est de 25% chaque année avec un maximum du doublement du forfait au bout de quatre ans de non utilisation.

Ce bonus ne s'adresse qu'aux personnes de plus de 16 ans.

En cas de changement de régime, on calcule le bonus "optique" en ajoutant les cagnottes accumulées par année sur les différents contrats, appréciés au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, dans la limite des quatre dernières années.

Les Bonus Fidélité "implants dentaires et audioprothèses" bénéficient aux adhérents ayant 10 années d'ancienneté ininterrompues au 01/01/2009. Une fois, ce bonus consommé, il faut trois années civiles supplémentaires d'adhésion sans consommation dans ces domaines pour obtenir un nouveau bonus.

#### **TITRE III – Conditions particulières d'attribution de certaines prestations**

##### **Article 28 - Territorialité**

Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ou postaux ouverts en France. Pour les actes effectués à l'étranger, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les actes ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire français d'assurance maladie. Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français. En aucun cas, le membre participant ou ses ayants droit ne pourront demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ils ont bénéficié des soins.

Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, le participant, après son retour en France, devra lui faire parvenir la facture acquittée et le décompte du régime français de Sécurité sociale afférent à ces soins.

#### **CHAPITRE VI : RESILIATION - DEMISSION**

##### **Article 29 – Résiliation**

L'adhérent dispose de la faculté de résiliation moyennant un préavis de deux mois avant l'échéance annuelle du contrat fixée au 31 décembre. Les garanties cessent en tout état de cause à zéro heure le 1er janvier. La démission se fait par lettre recommandée ou contre récépissé dans une

agence de "Choralis Mutuelle Le Libre Choix".

La démission de l'adhérent et/ou d'un bénéficiaire peut également être admise à la fin du trimestre civil en cours dans les cas suivants:

- a) dans le cadre d'un contrat obligatoire à caractère non familial, pour l'adhérent seul ou dans le cadre d'un contrat obligatoire à caractère familial, pour l'ensemble de la famille,
- b) changement de régime de Sécurité sociale modifiant les conditions du contrat,
- c) tout changement de situation d'un bénéficiaire rendant impossible la continuité de l'adhésion eu égard aux conditions prévues au présent contrat d'adhésion,

Dans ces trois cas, la résiliation n'est validée qu'à la fin du trimestre civile à réception des pièces justificatives et restitution de la carte de tiers payant.

#### **Article 30 - Radiation de l'adhérent par la mutuelle**

La mutuelle peut radier un membre participant en cas de non paiement prévu à l'article 11 du présent règlement. La mutuelle peut également mettre fin à l'adhésion d'un membre participant lorsque celui-ci a cherché à percevoir des prestations indues. Dans ce cas, la radiation prend effet dès la connaissance des faits par la mutuelle et ce, sans préjudice des poursuites que la mutuelle pourrait engager contre l'adhérent pour récupération des sommes indûment payées. La mutuelle conserve alors l'intégralité des sommes précédemment versées à la mutuelle à titre d'indemnité.

#### **Article 31 - Effet de la résiliation**

Aucune prestation ne peut être servie au delà de la date d'effet de la résiliation.

A compter de sa date de radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit à ne plus solliciter le tiers payant.

#### **Article 32 – Télétransmission**

Les bénéficiaires sont référencés dans les fichiers de l'Assurance Maladie et bénéficient des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur Caisse d'Assurance Maladie dans le cadre des conventions passées entre les deux organismes. Ces échanges les dispensent de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire. Ils ne les dispensent pas de l'envoi à la Mutuelle de factures d'honoraires ou de toutes factures de leurs dépenses de santé, acquittées, nécessitées pour les besoins du traitement de leurs dossiers par la Mutuelle. Ils ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance Maladie, en exprimant leur refus au moyen d'une simple lettre adressée à la Mutuelle qui s'engage à communiquer à leur Caisse d'Assurance Maladie cette décision, dans le mois qui suit sa date de réception.

#### **Article 33 - Informatique et Liberté**

L'adhérent peut demander communication et rectification de toute information concernant lui-même ou ses ayants droit sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de la Mutuelle.

#### **Article 34 - Autorité de contrôle**

Le présent règlement est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

#### **Article 35 - Médiation**

La Mutuelle Le Libre Choix s'engage à respecter les avis du Médiateur de la FNM (Fédération Nationale de la Mutualité Française) pour les litiges individuels l'opposant à l'un de ses adhérents dans le domaine de la complémentaire santé.