



Notice d'information Santé MADELIN

Contrat collectif santé à adhésion facultative

Mutuelle du Rempart - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 776950537 et affiliée à la Fédération Nationale de l'Innovation Mutualiste (FNIM).

Mutuelle soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Table des matières

ARTICLE 1 : PARTIES AU CONTRAT COLLECTIF SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE ET MEMBRES PARTICIPANTS	3
Article 1.1 - Organisme assureur - La MUTUELLE DU REMPART	3
Article 1.2 - Souscripteur - LES AMIS DU REMPART	3
Article 1.3 - Membres participants	3
ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE	3
ARTICLE 3 - MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE	4
ARTICLE 4 - ADHÉSION	4
Article 4.1 - Modalités d'adhésion	4
Article 4.2 - Date d'effet et durée de l'adhésion	4
Article 4.3 - Faculté de renonciation	4
Article 4.4 - Ayants droit	5
Article 4.5 - Formalités d'adhésion	5
Article 4.6 - Changement de situation personnelle ou familiale	6
Article 4.7 - Fausse déclaration	6
Article 4.8- Modalités de résiliation de l'adhésion en cours par le Membre participant	6
4.8.1 Au cours de la première année d'adhésion	6
4.8.2 A compter de la deuxième année d'adhésion	6
4.8.3 Modalités de résiliation en application des dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la mutualité	7
4.8.4 Effets de la résiliation	7
4.8.5 Cessation des garanties	7
ARTICLE 5 – GARANTIES	7
Article 5.1 - Objet des garanties	7
Article 5.2 - Choix des garanties et changement de couverture	8
5.2.1 Changement vers une formule supérieure de garanties	8
5.2.2 Changement vers une formule inférieure de garanties	9
Article 5.3 - Révision des garanties	9
ARTICLE 6 – PRESTATIONS	9
Article 6.1 - Conditions de paiement des prestations	9
Article 6.2 – Ouverture du droit aux prestations, délai d'attente	9
Article 6.3 - Contrôle	9
Article 6.4 - Tiers payant	9
Article 6.5 - Indus	10
Article 6.6 - Déclaration du risque et prescription	10
Article 6.7 - Subrogation	10
ARTICLE 7 - COTISATIONS	10
Article 7.1 - Montant des cotisations	10
Article 7.2 - Fixation des cotisations	11
Article 7.3 - Paiement des cotisations	11
ARTICLE 8 - RÉCLAMATION - MÉDIATION	12
Article 8.1 - Réclamation	12
Article 8.2- Médiation	12
ARTICLE 9 - TERRITORIALITÉ	12
ARTICLE 10 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE	12
ARTICLE 11 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	13
ARTICLE 12 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	13
ARTICLE 13 - LUTTE CONTRE LA FRAUDE	133
ARTICLE 14 – FONDS SOCIAL	14
ARTICLE 15 – AUTRES SERVICES	14
– Annexe 1 : Tableau des garanties et des prestations	15

Le présent document constitue la notice d'information reprenant les principales dispositions du contrat collectif Frais de santé à adhésion facultative souscrit par l'Association LES AMIS DU REMPART auprès de la MUTUELLE DU REMPART.

ARTICLE 1 - PARTIES AU CONTRAT COLLECTIF SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE ET MEMBRES PARTICIPANTS

Article 1.1 - Organisme assureur - La MUTUELLE DU REMPART

Le contrat collectif santé à adhésion facultative est souscrit auprès de la MUTUELLE DU REMPART, ci-après dénommée la Mutuelle.

La Mutuelle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès, Elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la mutualité sous le numéro SIREN 776 950 537.

Son siège social est situé 1 rue d'Austerlitz – CS 27261 – 31072 TOULOUSE CEDEX 6.

Article 1.2 - Souscripteur - LES AMIS DU REMPART

Le Souscripteur du contrat collectif santé à adhésion facultative est l'association LES AMIS DU REMPART. Cette Association est régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Son Siège social est situé 1 rue d'Austerlitz – CS 27261 – 31072 TOULOUSE CEDEX 6.

LES AMIS DU REMPART a pour objet l'amélioration de la protection sociale de ses membres et de leurs Ayants droit.

Un droit annuel d'adhésion est fixé par le Conseil d'Administration de l'Association. Il est appelé mensuellement par la Mutuelle en même temps que les cotisations au contrat et reversé à l'Association.

Article 1.3 - Membres participants

Le contrat collectif santé à adhésion facultative est réservé aux membres des AMIS DU REMPART ayant le statut de Travailleur Non Salarié.

Les garanties souscrites dans le cadre de ce contrat collectif à adhésion facultative ouvrent droit à la déduction fiscale des cotisations, dans les conditions et limites prévues par la Loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « Loi Madelin », et par ses textes d'application.

Le Membre participant qui veut bénéficier du cadre de la Loi Madelin s'engage auprès de la Mutuelle à être à jour du paiement des cotisations dues au titre de ses régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Il doit pouvoir justifier de son statut, tant lors de son adhésion que de son renouvellement, par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées.

A compter de sa date d'adhésion au contrat, le Membre des AMIS DU REMPART devient Membre participant de la Mutuelle.

Les Membres participants définis ci-dessus et les Ayants droit définis à l'article 4.4 sont désignés, dans la suite de la présente Notice d'Information, sous le terme de « bénéficiaires ».

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

Le contrat collectif santé à adhésion facultative a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais occasionnés par une maladie, un accident, ou une maternité, en complément des prestations en nature servies par le régime obligatoire d'assurance maladie français.

Le contrat respecte le cahier des charges des contrats santé solidaires et responsables et sera adapté en cas d'évolution du cadre législatif et réglementaire encadrant ce dispositif.

Les droits et obligations de la Mutuelle et du Membre participant résultent de l'application cumulative :

- des dispositions du Livre II du Code de la mutualité,
- des Statuts de la Mutuelle et de son Règlement Intérieur,
- du contrat collectif à adhésion facultative,
- du tableau de garanties, applicable au membre participant.

ARTICLE 3 - MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

Des modifications peuvent être apportées au contrat par voie d'avenant conclu entre l'Association souscriptrice et la Mutuelle assurant les risques.

Les modifications apportées à leurs droits et obligations sont opposables aux Membres participants dès qu'elles leur ont été notifiées.

En cas de refus de ces modifications, les Membres participants ont la possibilité de radier leur adhésion dans le délai d'un mois à compter de la notification de ces modifications.

Par la suite, les Membres participants disposent d'un droit de résiliation annuel dans les conditions prévues dans la présente notice d'information.

Si l'Association souscriptrice ou la Mutuelle décide de résilier le contrat collectif, cette résiliation du contrat bloque toute nouvelle adhésion.

En revanche, les Membres participants pourront demander le maintien de leur adhésion à titre individuel à la Mutuelle, dans les conditions en vigueur à cette date. Les Membres participants seront informés de cette résiliation au moins deux mois avant sa prise d'effet par l'Association souscriptrice du contrat.

ARTICLE 4 - ADHÉSION

Article 4.1 - Modalités d'adhésion

L'adhésion est réservée à toute personne physique domiciliée à titre principal en France métropolitaine, affiliée à un Régime obligatoire d'assurance maladie français et ayant le statut de Travailleur non salarié.

La personne désireuse d'adhérer doit remplir un bulletin d'adhésion au contrat collectif santé à adhésion facultative et indiquer le niveau de garantie choisi.

A compter de la date d'effet de son adhésion, la personne désireuse d'adhérer devient Membre participant de la Mutuelle et de l'Association LES AMIS DU REMPART souscriptrice du contrat.

Par la signature du bulletin d'adhésion, le Membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance des Statuts de la Mutuelle et de la présente notice d'information.

Article 4.2 - Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur bulletin d'adhésion dûment complété ; elle se poursuit jusqu'à l'échéance de la date anniversaire, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

Elle est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un (1) an à compter de la date anniversaire, sauf en cas de résiliation effectuée selon les modalités fixées à l'article 4.8 de la présente notice d'information.

Article 4.3 - Faculté de renonciation

Le Membre participant bénéficie d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires à compter, soit du jour où il est informé que son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu.

Pour renoncer à son adhésion, le Membre participant doit adresser sa demande de renonciation à la Mutuelle par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, accompagnée de l'exemplaire original de sa carte d'adhérent selon le modèle suivant :

Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) confirme renoncer à mon adhésion au contrat (nom de la gamme ou formule) que j'ai souscrit auprès de la Mutuelle du Rempart en date du Je vous saurais gré de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma demande d'adhésion, dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date de réception de la présente correspondance.

Fait à..... Le.....

La demande de renonciation doit être envoyée à l'adresse suivante :

La Mutuelle restituera au Membre participant l'intégralité de la somme versée au titre des cotisations, dans un délai maximum de trente (30) jours, à compter de la réception de la lettre de renonciation, et sous déduction des prestations éventuellement versées.

Article 4.4 - Ayants droit

Les Membres participants peuvent ouvrir le bénéfice des garanties à leurs Ayants droit en les inscrivant sur leur bulletin d'adhésion.

L'affiliation des Ayants droit est subordonnée à l'adhésion du Membre participant.

Peuvent être inscrites en tant qu'Ayants droit du Membre participant les personnes physiques suivantes :

- Le conjoint ou assimilé :
 - Le conjoint étant la personne liée au Membre participant par les liens du mariage et non séparés judiciairement ;
 - La personne ayant conclu avec le Membre participant un Pacte Civil de Solidarité (PACS) régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code Civil ;
 - La personne vivant en concubinage avec le Membre participant ;
- Les enfants à charge ou assimilés sont :
 - Les enfants âgés de moins de seize (16) ans qui sont rattachés en qualité d'Ayants droit, au sens de la sécurité sociale, au Membre participant ou à son conjoint (ou assimilé) ;
 - Les enfants âgés de plus de seize (16) ans et de moins de vingt-cinq (25) ans, qui n'ont pas demandé la qualité d'Ayant droit autonome au sens de la sécurité sociale, du Membre participant ou de son conjoint (ou assimilé) ;
 - Les enfants âgés de plus de seize (16) ans et de moins de vingt-cinq (25) ans qui ont demandé la qualité d'Ayant droit autonome au sens de la sécurité sociale, du Membre participant ou de son conjoint (ou assimilé) ;
 - Les enfants recueillis ou sous tutelle du Membre participant ou de son conjoint (ou assimilé) qui répondent aux situations a), b) et c) ;
 - Les petits enfants du Membre participant ou de son conjoint (ou assimilé) qui répondent aux situations a), b) et c).

La couverture des enfants handicapés, dont l'état d'handicap ou d'invalidité a été constaté avant leur vingtième anniversaire, est maintenue jusqu'à l'âge de vingt-huit (28) ans.

Les ascendants à charge, s'ils bénéficient du Régime Obligatoire du Membre participant ou de son conjoint (et assimilé).

Le critère d'âge s'apprécie à la date anniversaire de l'Ayant droit.

Il est toutefois rappelé que seule la cotisation afférente aux Ayants droit, qui ont cette qualité pour le régime d'assurance maladie-maternité obligatoire des Travailleurs Non-Salariés, peut ouvrir droit à déduction fiscale dans les conditions prévues par la Loi dite « Madelin ».

L'affiliation des Ayants droit prend effet à la date d'affiliation précisée dans le certificat d'adhésion, elle se renouvelle automatiquement par tacite reconduction à chaque date anniversaire, sauf dénonciation de l'affiliation adressée à la Mutuelle par tout support durable.

La demande de suppression d'un Ayant-droit doit être adressée par le Membre participant à la Mutuelle sur tout support durable après au moins six (6) mois de présence de l'Ayant droit. La suppression de l'Ayant-droit est effective à la fin du mois au cours duquel la demande est effectuée.

Le Membre participant doit joindre à sa demande d'affiliation d'Ayant droit les justificatifs de cette qualité.

Le Membre participant s'engage à procéder à la résiliation de ses Ayants droit auprès de la Mutuelle dès que ces derniers ne justifient plus de cette qualité.

Article 4.5 - Formalités d'adhésion

La personne souhaitant adhérer doit joindre à son bulletin d'adhésion :

- Un extrait d'inscription au Répertoire des Métiers ou un extrait KBIS de moins de trois mois ou une attestation vigilance URSSAF ou autre justificatif de qualité de TNS ;
- Un RIB ;
- Une pièce d'identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité ou Passeport) ;
- Une copie de l'attestation de la carte vitale et de celles des bénéficiaires ayant leur propre numéro de Sécurité sociale ;
- Les justificatifs de la qualité d'Ayants droit ;
- toute autre information qui serait nécessaire à la Mutuelle pour enregistrer l'adhésion.

A défaut de transmission d'un dossier complet, l'adhésion ne pourra prendre effet

Article 4.6 - Changement de situation personnelle ou familiale

Le Membre participant doit impérativement signaler à la Mutuelle dans le délai de deux mois qui suit évènement les changements survenant dans sa situation ou celle de ses Ayants droit (adresse, nom, régime social, coordonnées bancaires, affiliation ou résiliation d'Ayants droit...).

Si la demande est effectuée dans le délai, la modification prendra effet à la date de l'évènement et au plus tard au premier jour du mois suivant la demande.

Dans le cas où elle n'est pas faite dans le délai de deux mois, la Mutuelle ne pourra pas être tenue pour responsable des conséquences ; le changement ne sera alors pris en considération qu'à compter de la date de la demande.

Article 4.7 - Fausse déclaration

Les dispositions des articles L. 221-14 et L 221-15 du Code de la mutualité s'appliquent au contrat.

Ainsi, indépendamment des causes ordinaires 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.

Article 4.8- Modalités de résiliation de l'adhésion en cours par le Membre participant

4.8.1 Au cours de la première année d'adhésion

Lors de sa première année d'adhésion, le Membre participant peut mettre fin à son engagement à compter de la date anniversaire de son contrat. Pour ce faire, il adresse une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, tels que cités ci-après, au moins deux (2) mois avant la date anniversaire.

La résiliation prend effet le dernier jour à vingt-quatre heures précédant la date anniversaire de l'adhésion, les cotisations restent dues jusqu'à cette date.

4.8.2 A compter de la deuxième année d'adhésion

Après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de son adhésion, le Membre participant peut résilier son contrat, sans frais ni pénalité, avec les conséquences suivantes :

- La résiliation prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en ait reçu notification par le Membre participant ;
- Le Membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation ;
- La Mutuelle rembourse le solde éventuel au Membre participant dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

La notification de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration écrite faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle du Rempart ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque la Mutuelle du Rempart propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Que ce soit au cours de la première année d'adhésion ou à l'issue de la première année d'adhésion, en fonction du moyen retenu, la demande de résiliation devra être adressée à la Mutuelle :

- Soit par lettre simple à l'adresse suivante :

Mutuelle du Rempart - Service « Gestion Résiliation »

1, rue d'Austerlitz - CS 27 261

31072 Toulouse Cedex 6

- Soit par courrier électronique à l'adresse suivante :

gestion.resiliation@rempartmutuelle.fr

- Soit en se rendant dans une des agences de la Mutuelle du Rempart dont la liste est fournie sur demande ou est consultable sur son site web à l'adresse suivante : www.rempartmutuelle.fr

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification. Elle communique également, par tout support durable, la date de prise d'effet de la résiliation ainsi que le droit du Membre participant à être remboursé du solde des cotisations, s'il y en a un, dans un délai de trente (30) jours à compter de cette date.

4.8.3 Modalités de résiliation en application des dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la mutualité

L'adhésion au Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par les Amis du Rempart pourra également être résiliée lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies ou en cas de survenance de l'un des événements prévus à l'article L 221-17 du Code de la mutualité.

De même, le décès du Membre participant entraîne de fait une cessation d'adhésion.

La Mutuelle rembourse au Membre participant la partie des cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à partir de la date d'effet de la résiliation.

4.8.4 Effets de la résiliation

La résiliation des garanties complémentaires santé met un terme à l'adhésion. Aucune prestation ne peut être servie au-delà de la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit aux prestations étaient réunies préalablement à la date d'effet de la résiliation.

À compter de sa date de résiliation, le Membre participant s'engage, pour lui-même et ses Ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé et à retourner à la Mutuelle sans délai, la ou les carte(s) d'Adhérent et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait du fait de son adhésion, sans préjudice pour la Mutuelle de recouvrer les sommes indûment versées.

4.8.5 Cessation des garanties

Les garanties cessent à l'égard de tous les bénéficiaires :

- En cas de résiliation de l'adhésion en application des dispositions de l'article 4.8 ;
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions mentionnées à la présente Notice d'information
- En cas de décès du Membre participant. La radiation du Membre participant entraîne également la radiation de ses Ayants droit.

La date limite d'exercice du droit à résiliation de l'adhésion est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle des cotisations, conformément aux dispositions légales.

L'adhésion peut être résiliée par la Mutuelle en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions détaillées au paragraphe cotisations.

ARTICLE 5 – GARANTIES

Article 5.1 - Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés par le Membre participant et ses éventuels Ayants droit en cas de maladie, maternité, accident. La Mutuelle rembourse les frais donnant lieu à prestation de la part du régime obligatoire d'assurance maladie français et, éventuellement, des frais complémentaires expressément détaillés dans les tableaux de garanties annexés, sur prescription médicale.

Les remboursements de frais de santé sont effectués par la Mutuelle sur la base du tarif de convention et sont exprimés par Régime obligatoire d'assurance maladie incluse.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre participant, ou de l'Ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties sont conformes au dispositif législatif relatif aux « contrats responsables », détaillé notamment dans l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses différents textes d'application. Les garanties seront adaptées en cas d'évolution de ces textes.

Sont expressément exclues des prestations :

- la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, sauf ceux réalisés eu cours d'une hospitalisation (conformément à l'article L16.0-13 II. de Code de la Sécurité Sociale) ;
- la franchise forfaitaire, plafonnée annuellement, sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires (conformément à l'art. L 160-13 III du Code de la Sécurité sociale) ;
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonné (conformément aux articles L162-5-3 et L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale) ;
- la majoration de la participation de l'assuré lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel ;

Les remboursements respectent les obligations :

- de prise en charge de la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en charge du ticket modérateur pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, notamment les consultations, les médicaments, les frais d'analyses ou de laboratoires, les prestations liées à la prévention ;
- de prise en charge sans limitation de durée du forfait journalier en établissement hospitalier ;
- de double limitation des remboursements des dépassements tarifaires sur les actes et consultations des médecins non adhérents au dispositif de l'OPTAM ou OPTAM-CO ;
- de prise en charge minimale et maximale, en cas de remboursement des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité pour les dispositifs d'optique médicale.

La Mutuelle communique annuellement le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties selon les modalités précisées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Article 5.2 - Choix des garanties et changement de couverture

Si plusieurs options de garanties sont proposées, le Membre participant doit indiquer son choix de garanties sur son bulletin d'adhésion.

A défaut de choix clairement exprimé, le Membre participant et ses Ayants droit sont affiliés à l'option de garanties de base.

Les Ayants droit sont affiliés aux mêmes garanties que celles du Membre participant.

Sauf demande écrite de changement d'option de garanties, dans les conditions décrites ci-après, l'option de garantie est reconduite chaque année par tacite reconduction.

5.2.1 Changement vers une formule supérieure de garanties

A condition de justifier d'une durée d'adhésion supérieure à douze (12) mois dans une même couverture, le Membre participant peut demander à changer de niveau de garantie en formulant sa demande auprès de la Mutuelle par tout moyen à sa convenance.

Sous réserve qu'il accepte l'ajustement tarifaire lié à ce changement, la nouvelle couverture interviendra au plus tôt après le respect d'un préavis d'un (1) mois à compter de sa demande. La date d'effet des nouvelles garanties est fixée au premier jour du mois civil suivant l'expiration du délai de préavis, sans que soient appliqués par la Mutuelle de frais et de pénalités.

Pour formuler sa demande, le Membre participant remplira un avenant au bulletin d'adhésion.

5.2.2 Changement vers une formule inférieure de garanties

Les règles relatives au changement de couverture vers une formule inférieure de garanties sont les mêmes que celles mentionnées au paragraphe précédent.

Le niveau de garantie choisi et la date d'effet sont indiqués dans le certificat d'adhésion adressé au Membre participant.

Les garanties sont détaillées dans l'annexe 1 à la présente notice d'information.

Article 5.3 - Révision des garanties

Des modifications du cadre législatif ou réglementaire et la parution de nouveaux textes d'application pourront impliquer l'adaptation des présentes garanties pour mise en conformité aux nouvelles règles. Le contrat sera notamment adapté en cas d'évolution du dispositif sur les « contrats responsables ». Les Parties au contrat peuvent également souhaiter faire évoluer les garanties par avenant au contrat.

Le Membre participant pourra résilier son adhésion dans le délai d'un mois suivant la transmission de l'information sur les modifications impactant ses droits et obligations.

ARTICLE 6 – PRESTATIONS

Article 6.1 - Conditions de paiement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue, soit par système de télétransmission, soit sur demande adressée à la Mutuelle, accompagnée des pièces nécessaires au traitement du dossier : décomptes originaux du Régime obligatoire d'assurance maladie français, notes d'honoraires des praticiens et factures originales acquittées et tout document supplémentaire demandé par la Mutuelle.

Seules les dépenses engagées pendant la période de validité de l'adhésion (c'est-à-dire entre sa date d'effet et sa résiliation pour quelle que cause que ce soit) ouvrent droit à remboursement par la Mutuelle, la date des soins faisant foi.

Article 6.2 – Ouverture du droit aux prestations, délai d'attente

Sont immédiatement pris en charge dès la prise d'effet de l'adhésion, les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date des soins ou d'exécution est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de résiliation de l'adhésion.

Toutefois, la Mutuelle peut appliquer des délais d'attente pour le versement de certaines prestations pour : les adhérents ne pouvant présenter un certificat de radiation de moins de deux (2) mois ainsi que pour le changement de garanties à la hausse.

Article 6.3 - Contrôle

La Mutuelle peut demander tout renseignement complémentaire, toute pièce justificative, ou faire procéder à tout contrôle permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas d'opposition à ce contrôle, la Mutuelle peut refuser la prise en charge ou le remboursement des frais.

Par ailleurs, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par son médecin conseil, un dentiste conseil ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent Règlement, ce dernier pouvant se faire assister par tout professionnel de santé de son choix. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Article 6.4 - Tiers payant

Selon la garantie souscrite, le Membre participant bénéficie du tiers payant, système lui permettant de ne pas faire l'avance des frais. Ce service ne pourra être effectué qu'en fonction des accords passés entre les Professionnels de Santé et la Mutuelle, sur présentation de la carte de Tiers-Payant, en cours de validité.

En ce qui concerne les hospitalisations, le Tiers Payant ne pourra être effectué que sur demande de prise en charge.

Le Membre participant s'engage à :

- n'utiliser sa carte de Tiers-Payant que s'il est à jour de ses cotisations à la date des soins ;
- détruire en cas de changement de garanties son ancienne carte et présenter la nouvelle aux Professionnels de Santé à compter de sa date d'effet ;
- restituer à la Mutuelle sa carte de Tiers-Payant en cas de cessation de sa garantie, quel qu'en soit le motif.

Dans le cas d'une utilisation non conforme, le Membre participant s'engage à acquitter auprès de la Mutuelle la dette dont il serait alors redevable.

Article 6.5 - Indus

Le Membre participant est redevable des sommes qu'il aurait perçues à tort, notamment des remboursements de frais engagés hors période de garantie, qu'ils aient été directement perçus par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du Tiers-Payant. En cas de versement de prestations se révélant indus, la Mutuelle se réserve le droit de compenser le versement indu avec un versement de prestation postérieur ou de solliciter le remboursement de la prestation indument versée.

Article 6.6 - Déclaration du risque et prescription

La Mutuelle doit être informée de la réalisation du risque couvert par chaque garantie dès que le bénéficiaire de la prestation en a connaissance et au maximum dans le délai de prescription afférent à la garantie en cause. La Mutuelle se réserve le droit de demander une indemnité en cas de déclaration tardive, conformément à l'article L. 221 -16 du Code de la mutualité.

Conformément aux articles L 221-11 et L 221-12 du Code de la mutualité, toutes les actions dérivant des opérations régies par le contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court pas :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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.

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, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 6.7 - Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des Membres participants ou de leurs Ayants droit contre les tiers responsables. A cet effet, le Membre participant et ses Ayants droit devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

ARTICLE 7 - COTISATIONS

Article 7.1 - Montant des cotisations

Le Membre participant s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle et telles que définies ci-après.

La cotisation est due pour une année d'adhésion pleine.

Le Membre participant est informé du montant des cotisations afférentes à la formule à laquelle il adhère.

Le coût éventuel de l'utilisation d'une technique de communication à distance par le Membre participant pour adhérer au présent Règlement est à sa charge exclusive selon les conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée.

Le montant des cotisations intègre les taxes et prélèvements fixés par la législation et réglementation en vigueur et spécifiques aux risques garantis. Toute évolution de taxe sera intégrée au calcul des cotisations à la date d'application des nouveaux textes.

Lorsque l'âge est pris en compte dans le calcul du montant de la cotisation, la cotisation due est celle correspondant à l'âge atteint par le bénéficiaire au cours de l'année civile. La cotisation évolue ensuite en fonction de son âge. L'âge est calculé par différence de millésime entre la date d'émission de la cotisation et l'année de naissance du bénéficiaire moins une année.

Article 7.2 - Fixation des cotisations

Le barème des cotisations est fixé annuellement par le Conseil d'Administration. Il s'applique à compter du 1^{er} janvier de chaque année.

Selon la gamme de garanties à laquelle adhère le Membre participant, la cotisation des enfants est établie en fonction du nombre d'enfant(s) affilié(s). Ainsi, le tableau des cotisations mensuelles applicable à chaque gamme de garanties, détermine le nombre d'enfant(s) au-delà duquel la gratuité de la cotisation est acquise pour les enfants suivants.

Une réduction de cotisation pourra être accordée lors de l'adhésion d'un couple ou l'ajout d'un conjoint.

Article 7.3 - Paiement des cotisations

Le Membre participant est tenu au paiement de la cotisation annuelle due pour lui-même et l'ensemble de ses Ayants droit. Le montant de la cotisation annuelle est mentionné sur chaque appel de cotisations.

Elle est acquittée, d'avance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement. Pour les paiements mensuels, le prélèvement sur compte bancaire ou postal est obligatoire.

En cas d'adhésion en cours d'année civile, la cotisation est calculée au prorata de la cotisation annuelle en vigueur.

En cours d'adhésion, le Membre participant peut modifier le mode et la périodicité de paiement de ses cotisations, à condition d'en faire la demande à la Mutuelle.

Pour tout prélèvement impayé, des frais de banque seront retenus sur le prochain prélèvement. Pour tout chèque impayé, des frais de banque viendront s'ajouter au montant de la cotisation due.

Le Membre participant s'engage à régler la cotisation au plus tard dans les dix jours suivant leur échéance périodique.

Les cotisations doivent être acquittées :

- 1) Soit par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal ;
- 2) Soit par chèque ou carte bancaire ou virement sur le compte de la Mutuelle du Rempart ;
- 3) Soit par Titre Interbancaire de Paiement (TIP).

Aucun paiement en espèce ne sera accepté.

Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L 221-8 du Code de la mutualité, le Membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours (10) de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours (40) à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours (10) au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

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 son exclusion des garanties définies au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

En cas d'incident de paiement (rejet d'un prélèvement automatique ou chèque sans provisions) la Mutuelle se réserve le droit d'exiger des frais financiers et de gestion liées à ce rejet.

Article 7.4 - Révision des cotisations et des garanties

Chaque année, les cotisations et garanties sont analysées et éventuellement ajustées en raison notamment des modifications des bases au des taux de remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie, de l'évolution des dépenses de santé, des résultats techniques du contrat collectif à adhésion facultative, des dispositions législatives ou réglementaires encadrant le contrat.

Conformément à l'article L 221-6 du Code de la mutualité, le Membre participant doit être informé de toute modification de ses droits et obligations, il peut demander la résiliation de son adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle, dans le délai d'un mois suivant la transmission de l'information sur ces modifications.

ARTICLE 8 - RÉCLAMATION - MÉDIATION

Article 8.1 - Réclamation

Toute réclamation est à adresser à la Mutuelle du Rempart – 1 rue d'Austerlitz – CS 27261 – 31072 TOULOUSE CEDEX 6 ou par courrier électronique à l'adresse : reclamations@rempartmutuelle.fr

Article 8.2- Médiation

Si le différent persiste, le Membre participant ou ses Ayants droit pourront, en dernier recours, saisir gratuitement le Médiateur de la Mutuelle, après épuisement de toutes les procédures internes de traitement des réclamations mises en place par la Mutuelle et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige.

Le Médiateur est saisi, soit :

- par courrier avec accusé de réception, accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier, envoyé à Service de médiation de la consommation - 39 Avenue Franklin D. Roosevelt - 75008 Paris

- par courrier électronique à l'adresse : consommation@cmap.fr

ARTICLE 9 - TERRITORIALITÉ

Seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire française pourront être pris en charge par la Mutuelle.

En cas de frais de santé imprévus engagés à l'étranger, la Mutuelle intervient à hauteur de 100% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sous réserve de recevoir les décomptes originaux de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le paiement des prestations est toujours effectué sur un compte bancaire français et dans la monnaie légale de l'État français ; le taux de conversion monétaire utilisé est identique à celui utilisé par le régime d'Assurance Maladie.

Toutefois, la Mutuelle pourra rembourser selon les taux indiqués dans les tableaux de garantie sous réserve de recevoir :

- l'original ou la copie :

- ✓ des factures acquittées et des prescriptions médicales (traduites en français);
- ✓ du formulaire S3125 intitulé "Soins reçus à l'étranger"

- l'original :

- ✓ du décompte de l'Assurance Maladie obligatoire ;
- ✓ ainsi que, le cas échéant, du décompte du premier organisme complémentaire.

Dans tous les cas, la Mutuelle rembourse sur la base des taux et des remboursements français dans la limite des frais engagés ; si des prestations annexes à ces soins ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, elles seront remboursées par la mutuelle de la même manière qu'en France, si le tableau de garantie les prévoit.

ARTICLE 10 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'instance de contrôle des Mutuelles est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 11 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations communiquées sont destinées à la Mutuelle du Rempart en sa qualité de responsable de traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition à des fins de prospection commerciale. Aucune des données à caractère personnel n'est transmise à des tiers autres que les entités du Groupe MUTUELLE DU REMPART et ses éventuels délégataires de gestion.

Pour plus d'informations, les Membres participants peuvent consulter la Charte de protection des données mise à disposition par la Mutuelle.

Les Membres participants et leurs Ayants droit disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles les concernant. Pour exercer ce droit, la demande doit être adressée, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité au DPO désigné par Mutuelle du Rempart – Cabinet LEXAGONE – 9 rue Léon Salembien – 59200 TOURCOING ou par courrier électronique à : dpo@rempartmutuelle.fr

Le Membre participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel » : accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr

ARTICLE 12 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

En application des dispositions de l'article L. 561-9 du Code monétaire et financier (CMF), les produits et services de la Mutuelle présentant un faible risque au regard de la réglementation relative à la lutte anti-blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, celle-ci est soumise à une mesure de vigilance allégée tant qu'il n'y a pas de soupçon de blanchiment de capitaux ou de financement du terrorisme.

La Mutuelle a mis en place une procédure de vigilance, visant à recueillir les informations nécessaires à la connaissance de ses Membres (article L. 561-5 CMF), la nature des relations contractuelles (L. 561-5-1 CMF) et le cas échéant, des bénéficiaires effectifs des prestations. Elle respecte l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

A ce titre, elle est tenue de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

ARTICLE 13 – LUTTE CONTRE LA FRAUDE

La Mutuelle du Rempart a mis en place un dispositif de détection et de lutte contre la fraude à l'assurance.

La fraude est définie par l'ALFA, Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance, comme un « acte ou omission volontaire permettant de tirer un profit illégitime d'un contrat d'assurance ».

Ainsi, toute tentative de fraude ou fraude avérée de la part d'un Membre participant ou d'un ayant droit, sera sanctionnée par la caducité de la garantie et donnera lieu à des poursuites judiciaires notamment dans le cadre du recouvrement des éventuelles prestations indûment versées.

En cas de fraude ou tentative de fraude avérée pour obtenir des prestations indues, la Mutuelle peut également procéder à la résiliation du contrat. La résiliation prendra effet dès sa notification.

La notification sera communiquée au Membre participant par lettre recommandée avec avis de réception adressée au dernier domicile connu.

ARTICLE 14 – Fonds Social

La Mutuelle du Rempart dispose d'un Fonds Social qui permet l'attribution de secours exceptionnels à ses Membres participants et à leurs éventuels ayants droit.

Ces secours ne pourront, sauf cas exceptionnel, être accordés qu'à la condition que le Membre participant soit adhérent à la Mutuelle depuis trente-six (36) mois au moins et qu'il soit à jour du paiement de ses cotisations.

Chaque demande doit faire l'objet de la constitution d'un dossier contenant les éléments qui lui seront demandés par le Comité du Fonds Social dans les conditions fixées par le Règlement Intérieur du Conseil d'Administration de la Mutuelle et le Règlement d'attribution des secours exceptionnels.

ARTICLE 15 – Autres Services

La Mutuelle propose à ses adhérents d'autres services à la personne notamment Rempart Solidarités, Rempart Assistance et la téléconsultation.

Les modalités de fonctionnement de ces services sont consultables sur le site *repartmutuelle.fr*

GARANTIES COMPLÉMENTAIRE SANTÉ PRO INDÉPENDANTS (TNS) 2026

Garanties conformes à la définition des contrats dits « Solidaires et Responsables », au sens notamment des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 de ce même code, modifiés par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 relatifs au 100% santé. Les taux et montants de remboursement indiqués sont ceux du remboursement cumulé de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de la Mutuelle dans la limite des frais engagés sur la base de remboursement (BRSS) en vigueur au 1er janvier 2026. Toutes les prestations sont entendues « par bénéficiaire ».

Garanties*Collectives Facultatives « Les Amis du Rempart »

HOSPITALISATION et MATERNITÉ

	ANIS	LAURIER	BADIANE	MUSCADE	SAFRAN	CORIANDRE
	Réservées aux bénéficiaires de la Loi Madelin					
Frais de séjour en établissement conventionné	100%	100%	125%	125%	150%	150%
Frais de séjour en établissement non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires de praticiens, ACO, ADA, ATM, ADC (OPTAM et OPTAM-ACO)	100%	140%	180%	210%	240%	300%
Honoraires de praticiens, ACO, ADA, ATM, ADC (NON OPTAM et NON OPTAM-ACO)	100%	120%	150%	180%	200%	200%
Forfait hospitalier (en MCO, SSR, Psychiatrie sauf Établissements médico-sociaux)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation aux frais pour actes lourds > 120 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (pendant 90 jours/an dont Neuropsychiatrie = 40 jours) ⁽¹⁾ - Exclusion pour maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation, maison de régime et assimilés)	-	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	75 €/jour	90 €/jour
Chambre particulière ambulatoire (dans la limite de 5 jours/an)	-	15 €/jour	15 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour
Frais d'accompagnement (lit et repas) - Limités à 15 jours/an sauf pour les moins de 15 ans, adultes handicapés et plus de 70 ans (selon modalités définies dans la notice d'information) ⁽²⁾	-	20 €/jour	25 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour
Cure thermique en milieu hospitalier	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Transport remboursé Sécurité Sociale, y compris non lié à une hospitalisation	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prime naissance (soumise à l'adhésion de l'enfant)						
En cas de naissance ou d'adoption	-	-	100 €	150 €	150 €	200 €
En cas de naissance gémellaire	-	-	200 €	300 €	300 €	400 €

DENTAIRE

Réseau de soins ACTIL (tarifs négociés auprès des professionnels de santé)	*					
Soins dentaires & Prothèses dentaires	100% Santé*					
	100% dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)					
Soins dentaires	100%	100%	100%	125%	150%	175%
Honoraires maîtrisés (dans la limite des HLF)						
- Prothèses remboursées par la Sécurité Sociale	125%	175%	250%	325%	375%	450%
- Inlays core	125%	175%	250%	325%	375%	450%
- Inlays - Onlays	100%	150%	150%	200%	200%	200%
Honoraires libres						
- Prothèses remboursées par la Sécurité Sociale	125%	175%	250%	325%	375%	450%
- Inlays core	125%	175%	250%	325%	375%	450%
- Inlays - Onlays	100%	150%	150%	200%	200%	200%
- Prothèses non remboursées par la Sécurité Sociale	-	-	150 €/an	250 €/an	300 €/an	350 €/an
Autres actes dentaires						
- Orthodontie acceptée par la S.S. (jusqu'à 2 semestres/an/bénéficiaire)	125%	150%	225%	275%	325%	350%
- Orthodontie refusée par la S.S. (jusqu'à 2 semestres/an/bénéficiaire)	-	-	150 €	250 €	300 €	300 €
- Implantologie non prise en charge par la Sécurité Sociale (non cumulable avec parodontologie)	-	240 €/an	400 €/an	600 €/an	700 €/an	800 €/an
- Parodontologie non remboursée par la Sécurité Sociale (non cumulable avec l'implantologie)	-	240 €/an	400 €/an	600 €/an	700 €/an	800 €/an

SOINS COURANTS

Pharmacie (médicaments SMR : Sécurité Sociale faible 15 %, modéré 30 %, majeur ou important 65 %)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires médecins généralistes (Consultations, Visites) (OPTAM et OPTAM-ACO)	100%	100%	120%	140%	170%	200%
Honoraires médecins généralistes (Consultations, Visites) (NON OPTAM et NON OPTAM-ACO)	100%	100%	100%	120%	150%	180%
Honoraires médecins spécialistes (Consultations, Visites) ACO, ADA, ATM, ADC (OPTAM et OPTAM-ACO)	100%	120%	160%	200%	250%	300%
Honoraires médecins spécialistes (Consultations, Visites) ACO, ADA, ATM, ADC (NON OPTAM et NON OPTAM-ACO)	100%	100%	140%	160%	180%	200%
Actes d'Imagerie (ADI), Actes d'Echographie (ADE) densitométrie osseuse et traitements par rayons (OPTAM et OPTAM-ACO)	100%	100%	100%	150%	160%	180%
Actes d'Imagerie (ADI), Actes d'Echographie (ADE) densitométrie osseuse et traitements par rayons (NON OPTAM et NON OPTAM-ACO)	100%	100%	100%	120%	130%	150%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de kinésithérapie, Soins infirmiers, Orthophonistes, Orthoptistes, Sages-Femmes, Auxiliaires médicaux...	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Mon soutien PSY : séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité Sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Protections incontinence adultes	-	100 €/an	100 €/an	100 €/an	100 €/an	100 €/an
Dermopigmentation aréole mammaire (selon modalités définies dans la notice d'information)	-	100 €/an	100 €/an	100 €/an	100 €/an	100 €/an

		ANIS	LAURIER	BADIANE	MUSCADE	SAFRAN	CORIANDRE
		Réservés aux bénéficiaires de la Loi Madelin					
MATÉRIEL MÉDICAL	Appareils et matériels à prise en charge renforcée (fauteuils roulants, prothèses capillaires Classe II)	100% Santé* Prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)					
	Autres fauteuils roulants	100% RO	100% RO	100% RO	100% RO	100% RO	100% RO
	Prothèses capillaires Classe I	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Prothèses mammaires, oculaires ou capillaires Classe III et IV	100%	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 150 €
	Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles...)	100%	100%	150%	200%	250%	275%
	Autres matériels médicaux inscrits sur liste LPP	100%	100%	100%	100%	100%	100%
OPTIQUE	Réseau de soins ACTIL (tarifs négociés auprès des professionnels de santé)						
	Optique Lunettes (1) : Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	100% Santé* Prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)					
	Lunettes (2) : Monture + 2 verres - Prix libres (Classe B)						
	- Montures	30 €	50 €	70 €	100 €	100 €	100 €
	- 2 Verres simples	70 € (2 x 35 €)	100 € (2 x 50 €)	140 € (2 x 70 €)	180 € (2 x 90 €)	250 € (2 x 125 €)	300 € (2 x 150 €)
	- 2 Verres complexes	170 € (2 x 85 €)	200 € (2 x 100 €)	250 € (2 x 125 €)	300 € (2 x 150 €)	400 € (2 x 200 €)	480 € (2 x 240 €)
	- 2 Verres très complexes	170 € (2 x 85 €)	250 € (2 x 125 €)	300 € (2 x 150 €)	380 € (2 x 190 €)	500 € (2 x 250 €)	600 € (2 x 300 €)
	Lentilles (forfait annuel, commun aux lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale)						
	- Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	100%	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
	OU - Lentilles refusées par la Sécurité Sociale	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
AIDES AUDITIVES (3)	Traitement de la myopie au laser ou autre chirurgie réfractive (2)	-	-	200 €/oeil	250 €/oeil	350 €/oeil	450 €/oeil
	Réseau de soins ACTIL (tarifs négociés auprès des professionnels de santé)						
	Audioprothèses - Équipement (Classe I) par oreille	100% Santé* Prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)					
	Audioprothèses « Équipement Prix Libre » (Classe II) dans la limite de 1 700 € par équipement unitaire	100%	100% + 100 €	100% + 200 €	100% + 300 €	100% + 400 €	100% + 500 €
	Accessoires, consommables et piles remboursées Sécurité Sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MÉDECINE DOUCE PRÉVENTION (2)	Pharmacie HN ou actes HN sur prescription médicale (limité à 40€/séance pour la naturopathie, la réflexologie plantaire, les séances de psychologues et la sophrologie)	-	20 €/an	40 €/an	60 €/an	80 €/an	100 €/an
	Vaccins	-	10 €/an	20 €/an	20 €/an	30 €/an	35 €/an
	Traitement anti-tabac (hors cigarette électronique)	-	-	100 €/an	150 €/an	150 €/an	200 €/an
	Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie ou Pédiacurie ou Acupuncture ou Diététicien ou Nutritionniste ou Psychomotricien (sur facture d'un praticien diplômé mentionnant la fédération dont il relève ou sur prescription médicale)	-	1 séance/an 40€/séance	2 séances/an 40€/séance	3 séances/an 40€/séance	4 séances/an 40€/séance	5 séances/an 40€/séance
	Cure thermale hors hôpital (forfait hébergement, transport et surveillance médicale) (par an et par bénéficiaire)	-	-	100%	100%	100% + 100 €	100% + 200 €
	Certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport (CACI)(5)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	SERVICES INCLUS QUELLE QUE SOIT VOTRE GARANTIE						
	REMPART AIDANTS - Soutien aux aidants	Services accessibles 24h/24 et 7J/7 depuis votre Espace Adhèrent sur rempartmutuelle.fr et sur votre application REMPART POCKET					
AUTRES SERVICES	REMPART ASSISTANCE - Prise en charge lors d'imprévus de santé						
	REMPART AVANTAGES - Amélioration du bien-être et du pouvoir d'achat						
	REMPART PARENTALITÉ - Soutien à la parentalité						
	REMPART SOLIDARITÉ - Accompagnement humain et digital des parcours de vie						
	MÉDECIN DIRECT - Téléconsultation médicale						
	DEUXIÈME AVIS - Avis médical complémentaire						

* Tels que définis réglementairement

(1) Tarif conventionnel en hôpital, (2) Prestation sans tiers payant, (3) Conformément à la définition du «contrat responsable» : pour les adultes et les enfants de plus de 16 ans, le renouvellement d'un équipement (1 monture + 2 verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière prise en charge, sauf en cas d'évolution de la vision ou dans le cas de déficit visuel nécessitant deux équipements sur justification médicale (vision de loin et vision de près). Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (1 monture + 2 verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement complet. Pour les enfants jusqu'à 6 ans se référer à l'arrêté du 3 décembre 2018. Pour les autres cas dérogatoires se référer au Règlement mutualiste. La date d'acquisition de l'équipement permet de déterminer la date de son renouvellement. (4) Conformément à la définition du «contrat responsable» : le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment. S'agissant des équipements relevant de la Classe II, la garantie souscrite couvre dans tous les cas le montant minimal de prise en charge fixé dans le cadre de la législation relative au «contrat responsable». (5) Montant forfaitaire par acte et par an. Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord de notre médecin conseil.

Lexique

ACO : Actes d'obstétrique
ADA - ADC : Actes d'anesthésie - Actes de chirurgie
ADI - ADE : Actes d'imagerie - Actes d'échographie
AMC : Assurance Maladie Complémentaire
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
ATM : Actes Techniques Médicaux
BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
CACI : Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique du sport
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
FR : Frais réels
HLF : Honoraires Limites de Facturation
HN : Hors Nomenclature
LPP : Liste des Produits et Prestations
MCO : Médecine - Chirurgie - Obstétrique
OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-ACO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique
PLV : Prix Limite de Vente
RO : Régime Obligatoire
SMR : Service Médical Rendu
SS : Sécurité Sociale
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Les verres pris en charge sont définis ci-après :

Verres simples

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries

Verres complexes

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries

Verres très complexes

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

0 970 82 81 80 (appel non surtaxé)
rempartmutuelle.fr

