



REGLEMENT MUTUALISTE

Gamme « CYBELIA » SANTE TERRITORIAUX

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 MATIERES

TITRE I – Fonctionnement du Règlement mutualiste.....	4
ARTICLE 1 - OBJET	4
ARTICLE 2 - LOI APPLICABLE	4
ARTICLE 3 - ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES.....	5
ARTICLE 4 - BENEFICIAIRES	5
4.1 - Notion de Membre participant	5
4.2 - Les ayants droit	5
4.3 - Bénéficiaires.....	5
TITRE II – Adhésion, Changements de couverture, Résiliation	6
CHAPITRE I. ADHESION - MUTATIONS.....	6
ARTICLE 5 - ADHESION.....	6
5.1 - Conditions d'adhésion.....	6
5.2 - Conditions liées à l'activité professionnelle	6
5.3 - Date d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion et faculté de renonciation	7
5.3.1 - Principe général	7
5.3.2 - Cas particulier d'une adhésion faisant suite à une résiliation infra annuelle	7
5.3.3 - Durée de l'adhésion.....	7
5.3.4 - Faculté de renonciation	7
5.4 - Modification de l'adhésion	8
5.5 - Envoi annuel d'une attestation d'adhésion à des garanties labellisées	8
ARTICLE 6 – CHANGEMENT DE COUVERTURE	8
6.1 - Vers une formule supérieure de garanties	8
6.2 - Vers une formule inférieure de garanties	8
ARTICLE 7 – REGLES APPLICABLES AUX AYANTS DROIT	8
CHAPITRE II. RESILIATION.....	9
ARTICLE 8 - RESILIATION DE L'ADHESION	9
ARTICLE 9 - RESILIATION.....	9
TITRE III – Les garanties et les prestations.....	10
ARTICLE 10 – LES GARANTIES COUVERTES	10
ARTICLE 11 – TABLEAU DES PRESTATIONS	11
ARTICLE 12 – OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS	11
ARTICLE 13 – PRESTATIONS PRISES EN CHARGES	11
13.1 - Remboursement des prestations, procédure et documents exigés.....	11
13.2 - Demande de devis.....	11
13.3 - Hospitalisation (y compris centre de rééducation)	12
13.3.1 - Hospitalisation.....	12
13.3.2 - Chambre particulière	12
13.4 – Soins courants	12
13.4.1 - Honoraires médicaux et paramédicaux.....	12
13.4.2 - Autres soins courants.....	13
13.4.3 - Dentaire	13
13.5 - Optique	13
13.5.1 - Monture et verres.....	13
13.5.2 - Renouvellement de l'équipement optique	14
13.5.3 - Lentilles	16
13.5.4 - Traitement de la myopie au laser ou de toute autre chirurgie réfractive au laser	16
13.6 - Aides auditives	16
13.6.1 - Niveau de prise en charge	16
13.6.2 - Conditions de prise en charge et de renouvellement depuis le 1 ^{er} janvier 2021	16
13.6.3 - Accessoires et consommables pour aides auditives	16
13.7 - Frais de cure thermale	16
ARTICLE 14 - DISPOSITIONS PARTICULIERES D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS	17
14.1 - Prime de naissance.....	17
14.2 - Prévention mutualiste.....	17
14.2.1 - Traitement anti-tabac.....	17
14.2.2 - Vaccins.....	17
14.3 - Autres prestations.....	17
ARTICLE 15 – TARIF DE RESPONSABILITE	17
ARTICLE 16 – TICKET MODERATEUR	18
ARTICLE 17 – LIMITE DES REMBOURSEMENTS : PRINCIPE INDEMNITAIRE	18
ARTICLE 18 – SUBROGATION.....	18

ARTICLE 19 – LIMITE DE GARANTIE ET RISQUES EXCLUS	18
ARTICLE 20 – CONTROLE MEDICAL	19
ARTICLE 21 - VERSEMENT DES PRESTATIONS	19
ARTICLE 22 – DISPOSITION SPECIFIQUE AUX PRESTATIONS VIE DECES, DEFINITION DE LA GARANTIE FRAIS D’OBSEQUES.....	19
TITRE IV – Les cotisations.....	19
ARTICLE 23 – PRINCIPES	20
ARTICLE 24 – FIXATION ET ASSIETTE DES COTISATIONS	20
24.1 - Fixation des cotisations	20
24.2 - Assiette des cotisations.....	20
ARTICLE 25 – MODALITES DE REGLEMENT DES COTISATIONS.....	20
ARTICLE 26 - RESILIATION POUR NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	21
TITRE V – Dispositions diverses.....	21
ARTICLE 27 - SUBROGATION	21
ARTICLE 28 - PRESCRIPTION	21
28.1 - Modalités de la prescription	21
28.2 - Interruption de la prescription	22
28.3 - Suspension de la prescription.....	22
ARTICLE 29 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES.....	22
29.1 - Définitions spécifiques	22
29.2 - Modalités de traitement des données à caractère personnel.....	22
29.3 - Sécurité des données à caractère personnel	23
29.4 - Droits des personnes concernées	23
ARTICLE 30 - MODIFICATION DU PRESENT REGLEMENT	24
ARTICLE 31 - ADHESION A DISTANCE.....	24
ARTICLE 32 – LOI APPLICABLE.....	24
ARTICLE 33 – LANGUE UTILISEE	24
ARTICLE 34 – FONDS DE GARANTIES.....	25
ARTICLE 35 – RECLAMATION ET MEDIATION	25
ARTICLE 36 – AUTORITE DE CONTROLE	25
ARTICLE 37 - DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	25
ARTICLE 38 - DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE.....	26
ARTICLE 39 – Nullité de la garantie pour fausse déclaration	26
TITRE VI – Gestion.....	27
TITRE VII – ACTION SOCIALE et SERVICES A LA PERSONNE.....	28
ARTICLE 40 – Fonds Social	28
ARTICLE 41 – Autres Services.....	28

TITRE I – Fonctionnement du Règlement mutualiste

ARTICLE 1 - OBJET

Le présent règlement mutualiste est régi par le Code de la mutualité.

Il a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 5 des statuts de la mutuelle, de définir les engagements contractuels entre la mutuelle et chaque bénéficiaire, dans le cadre de la garantie des risques en ce qui concerne les prestations et les cotisations Frais de Santé. Ces garanties frais de santé sont complémentaires à la protection sociale de base obligatoire des membres participants.

En application des statuts, le Règlement Mutualiste est adopté par le Conseil d'administration de la Mutuelle du Rempart, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale.

Les droits et obligations de la mutuelle et de ses membres participants résultent de l'application cumulative : des dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, des statuts de la mutuelle, du présent règlement, des tableaux de garanties annexés au présent règlement dont ils font partie intégrante, du certificat d'adhésion formalisant les particularités prévues dans le bulletin d'adhésion.

Toute modification apportée au Règlement mutualiste par le Conseil d'administration doit être notifiée au Membre participant. Il en est de même des modifications portant sur les prestations et le montant des cotisations.

Le Règlement s'inscrit dans le respect des dispositions du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection complémentaire de leurs agents. Il a pour objet de couvrir l'agent d'une collectivité territoriale ou de son établissement public, résidant en France, contre le risque Maladie.

Ce Règlement a fait l'objet d'une labellisation sous la responsabilité de l'Autorité de Contrôle et de résolution (ACPR). Cette labellisation est accordée pour une durée de trois (3) ans à partir de la date de délivrance du label publiée par le Ministère en charge des collectivités locales.

Toute modification portée au Règlement au cours de ces trois (3) ans sera soumise à vérification par le prestataire habilité par l'ACPR qui s'assure du maintien des conditions de la labellisation. En cas de non-respect, il est mis fin au label.

Dans le cas de retrait ou de non renouvellement du label, la Mutuelle du Rempart est tenue d'en informer les Membres participants dans un délai d'un (1) mois à compter de la notification de la décision. Ce retrait ou ce non renouvellement prend effet à compter du 1er jour du 2ème mois suivant la perte du label.

La perte du label attaché au présent Règlement entraîne la suppression de la participation de l'employeur au financement des garanties complémentaires santé, s'il y en avait une. En conséquence, la cotisation due par le Membre participant se trouvera majorée d'autant.

Dans l'hypothèse où le retrait ou le non-renouvellement du label implique une augmentation immédiate du montant de la cotisation effectivement à la charge du Membre participant, ce dernier a la possibilité de résilier son adhésion dans un délai de trente (30) jours suivant la date d'effet du retrait ou du non renouvellement du label.

Le Membre participant conserve toutefois la possibilité de poursuivre son contrat aux conditions contractuelles en vigueur au jour de la perte du label.

Chaque Membre participant s'engage à se soumettre aux règles fixées par le présent Règlement ainsi qu'aux Statuts de la Mutuelle sans jamais nuire aux intérêts de la Mutuelle du Rempart.

ARTICLE 2 - LOI APPLICABLE

La loi applicable aux présentes dispositions est déterminée par l'article L225-2 du Code de la Mutualité

En toutes hypothèses et notamment si le risque est situé hors de France et/ou si le lieu de résidence du Membre participant est situé hors de France, la loi applicable aux relations précontractuelles avec le membre participant ainsi qu'à son adhésion au présent règlement mutualiste notamment pour son interprétation ou son exécution, sera la loi française.

ARTICLE 3 - ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

La personne candidate à l'adhésion doit être domiciliée en France métropolitaine ou Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), et être affiliée à un régime obligatoire français de protection sociale. Pour pouvoir être affilié à l'adhésion, l'ayant droit doit également être assuré ou être ayant droit d'un régime d'assurance maladie français.

ARTICLE 4 - BENEFICIAIRES

Peuvent bénéficier des prestations de la garantie complémentaire santé, les Membres participants de la mutuelle qui y ont adhéré et leurs ayants droit.

4.1 - Notion de Membre participant

Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques affiliées à un régime obligatoire de Sécurité sociale qui bénéficient des prestations complémentaire santé de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Seuls peuvent adhérer au présent règlement, les Membres participants régulièrement inscrits à la mutuelle et à jour de leurs cotisations. Il est remis à chaque membre participant un exemplaire des statuts de la mutuelle et du présent règlement mutualiste.

En application de l'article 7.1 des Statuts de la Mutuelle du Rempart, toute personne perdant sa qualité de membre participant peut devenir, selon les modalités et conditions fixées par les statuts de la mutuelle, membre honoraire en versant une cotisation.

4.2 - Les ayants droit

En application de l'article 7.2 des Statuts, peuvent également bénéficier du présent règlement en qualité d'ayant droit pour les prestations relevant uniquement des branches 1 et 2 relatives aux frais de santé, les personnes physiques définies ci-après et désignées par le membre participant sur son bulletin d'adhésion :

- le conjoint, ou assimilé:
 - le conjoint étant la personne liée par les liens du mariage du membre participant, non séparé(e) de corps judiciairement ;
 - le partenaire lié au membre participant par un pacte civil de solidarité (PACS), régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code civil;
 - le (la) concubin(e) : personne vivant sous le même toit que le membre participant, libre de tout lien marital ou lien de PACS entretenant une relation stable et continue avec celui-ci ;
- les enfants à charge du membre participant, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, remplissant une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 18 ans ;
 - être âgés de moins de 21 ans et finissant leur cycle secondaire ;
 - être âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études ;
 - être âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, ou d'accompagnement dans l'emploi, en recherche d'emploi ou inscrits au Pôle Emploi et avoir une rémunération propre inférieure à la moitié du SMIC sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime Frais de santé au titre de leur activité salariée ;
 - être, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80% reconnu au sens de l'article 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles et ce sans limite d'âge ;
- les descendants au 2ème degré (petits-enfants) du membre participant, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, vivant sous le toit du membre participant, remplissant l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 18 ans ;
 - être âgés de moins de 21 ans et finissant leur cycle secondaire ;

Les critères d'âge s'apprécient à la date anniversaire de l'Ayant droit.

Les éventuels Ayants droit bénéficient nécessairement de la même formule de garantie que celle souscrite par le Membre participant.

Si le bénéficiaire ne répond plus à la définition de l'ayant droit tel que défini à l'article « BENEFICIAIRES » du présent règlement mutualiste, ceci entraîne la résiliation de son adhésion.

4.3 - Bénéficiaires

Les membres participants définis à l'article 4-1 et les ayants droit définis à l'article 4-2 sont désignés pour les prestations relatives aux frais de santé (branches 1 et 2) sous le terme « bénéficiaires ».

TITRE II – Adhésion, Changements de couverture, Résiliation

CHAPITRE I. ADHESION - MUTATIONS

ARTICLE 5 - ADHESION

5.1 - Conditions d'adhésion

Chaque personne souhaitant adhérer à la mutuelle se voit remettre avant la signature du Bulletin d'Adhésion, un devis, les statuts de la mutuelle, le présent règlement ainsi que la notice d'information liée aux garanties d'Assistance et de protection juridique.

Chaque personne souhaitant adhérer à la mutuelle signe le devis joint en annexe, complète et signe le Bulletin d'Adhésion.

Cette signature vaut accord des dispositions des statuts de la mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste, qui s'imposent au membre participant et à ses ayants droit.

Le membre participant doit notamment mentionner sur le Bulletin d'Adhésion les ayants droit bénéficiaires ainsi que la formule choisie. Au Bulletin d'Adhésion, doit être jointe, pour les membres participants n'optant pas pour le prélèvement, la cotisation des trois premiers mois.

Il n'est pas prévu d'âge maximal à l'adhésion.

Le dossier d'adhésion comprend nécessairement :

- le Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé,
- le devis signé,
- le règlement des 3 premiers mois de cotisation pour les membres participants n'optant pas pour le prélèvement automatique,
- l'IBAN (relevé d'identité bancaire (RIB)) du compte sur lequel sera prélevée la cotisation,
- le mandat de prélèvement SEPA complété et signé,
- le cas échéant, l'IBAN des bénéficiaires des prestations âgés de plus de 16 ans,
- la copie de l'attestation de droits à l'Assurance maladie pour chacun des bénéficiaires inscrits,
- le justificatif de la qualité d'ayant droit,
- un justificatif d'adhésion émanant de l'organisme assureur précédent si le contrat avait été souscrit dans le cadre du décret du 8 novembre 2011, mentionnant soit le montant du coefficient de majoration qui était affecté à sa cotisation, soit une attestation de non-majoration, si sa cotisation n'en était pas affectée,
- une copie du dernier bulletin de salaire ou, le cas échéant, d'un justificatif de recrutement (arrêté de recrutement, contrat de travail, attestation de l'employeur) et pour les anciens agents retraités, le dernier bulletin de versement d'une pension CNRACL ou IRCANTEC,
- Le cas échéant, le certificat de radiation du précédent organisme assureur lorsque son adhésion ne relevait pas du décret du 8 novembre 2011, afin d'être exonéré de l'application d'un délai d'attente pour les prestations qui en supporteraient, dès la prise d'effet de l'adhésion. Les prestations concernées sont énumérées au présent Règlement,
- une pièce d'identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité, Passeport).

En cas de défaut de paiement de la cotisation, la date de prise d'effet des garanties est reportée à la date effective de son paiement.

5.2 - Conditions liées à l'activité professionnelle

L'adhésion au présent règlement est réservée au personnel actif quel que soit leur statut y compris les stagiaires en formation et les élèves des écoles ainsi que les retraités relevant du statut d'agent de la fonction publique territoriale ou d'ancien agent retraité de la fonction publique territoriale.

L'adhésion au présent règlement est également ouverte aux non-fonctionnaires justifiant de la qualité de membre direct de la famille ou de personne étroitement associée au Membre participant du contrat.

En cas de perte de la qualité d'agent actif de la fonction publique territoriale, le Membre participant doit en informer la Mutuelle dans un délai d'un (1) mois afin qu'il lui soit proposé une nouvelle gamme de garanties non labellisées vers laquelle il peut basculer sans que ne lui soit appliqué, le cas échéant, de nouveaux délais d'attente mentionnés au présent Règlement.

L'adhésion est familiale (même couverture pour tous les membres de la famille), à l'exception des enfants de parents séparés qui sont inscrits sur le contrat de chaque parent. Si la couverture est différente, c'est la couverture du parent cotisant pour eux qui est mentionnée sur les deux dossiers.

5.3 - Date d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion et faculté de renonciation

5.3.1 - Principe général

A la réception du Bulletin d'Adhésion, la Mutuelle confirme l'adhésion au Membre participant. Elle lui adresse une carte de tiers payant santé comportant les noms des bénéficiaires et lui précise le montant des cotisations dues ainsi que la date d'effet de ses garanties.

Sous réserve d'un complet dossier, la date d'effet de l'adhésion au présent Règlement intervient à compter du jour mentionné par la Mutuelle sur le bulletin d'adhésion. La date d'effet est encore appelée la date anniversaire du contrat.

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

5.3.2 - Cas particulier d'une adhésion faisant suite à une résiliation infra annuelle

Lorsque le futur Membre participant souhaite adhérer à un contrat complémentaire santé auprès de la Mutuelle, et alors que la durée de son adhésion en cours auprès d'un autre organisme est supérieure à une (1) année, il peut demander expressément à la Mutuelle d'effectuer pour son compte toutes les formalités nécessaires à l'exercice de son droit de résiliation. Dans ce cas, sauf demande contraire de la part du futur Membre participant, la Mutuelle s'assure qu'il ne supporte pas d'interruption d'une couverture complémentaire santé au cours de la période de préavis.

Pour ce faire, le futur Membre participant devra transmettre à la Mutuelle, sur support papier ou tout autre support durable, sa demande expresse de renoncer à son adhésion en cours, aucune formalité ne pouvant être engagée avant par la Mutuelle pour son compte.

5.3.3 - Durée de l'adhésion

La garantie souscrite par le membre participant est viagère, sous réserve du parfait encaissement des cotisations. L'adhésion au présent Règlement produit ses effets jusqu'à l'échéance de la date anniversaire. 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 8 du présent Règlement.

5.3.4 - Faculté de renonciation

Le Membre participant bénéficie d'un délai de renonciation de quatorze (14) 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 :

Mutuelle du Rempart – Département Adhésions (Service Gestion des Contrats)
1, rue d'Austerlitz - CS 27261 - 31072 Toulouse Cedex 6

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.

5.4 - Modification de l'adhésion

Le membre participant doit informer la mutuelle de :

- tout changement d'activité professionnelle telle que le membre participant ne remplit plus les conditions fixées à l'article « CONDITIONS D'ADHESION »
- toute cessation temporaire ou définitive de son activité
- tout changement de son état civil
- tout changement de son adresse
- tout changement concernant les ayants droit
- tout changement concernant les coordonnées bancaires de l'un des bénéficiaires

5.5 - Envoi annuel d'une attestation d'adhésion à des garanties labellisées

La Mutuelle adresse annuellement, à chaque Membre participant, à compter de l'envoi de la carte d'adhérent, une attestation justifiant de leur adhésion à des garanties labellisées.

Cette attestation est destinée à être produite par les agents actifs auprès de leur collectivité ou de leur établissement employeur, si ce dernier participe financièrement à la prise en charge de tout ou partie de leurs cotisations versées sur un contrat complémentaire santé labellisé.

ARTICLE 6 – CHANGEMENT DE COUVERTURE

6.1 - 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 leurs prestations ne relevant pas du cahier des charges du contrat responsable, des délais d'attente peuvent être appliqués sur la prise en charge dans les conditions visées au présent Règlement.

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

6.2 - 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 à l'article 6.1 à l'exception des règles concernant les délais d'attente. En effet, la modification vers une formule inférieure de garanties n'entraîne pas l'application de nouveau délai d'attente aux prestations concernées.

Le changement de formule est valable pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

ARTICLE 7 – REGLES APPLICABLES AUX AYANTS DROIT

L'adhésion de l'ayant droit simultanée à celle du membre participant est concrétisée par l'envoi de la carte adhérent.

L'article 3 « ADHESION » s'applique de la même façon. L'adhésion d'un ayant droit postérieurement à celle du membre participant est concrétisée par un bulletin d'adhésion correctement et complètement rempli et signé par le membre participant auquel doit être joint le cas échéant le supplément de cotisation correspondant à trois mois d'assurance lorsque le membre participant n'a pas opté pour le prélèvement automatique.

En cas de naissance, sous réserve d'une déclaration dans les 3 mois, l'adjonction d'un nouveau-né prend effet au jour de sa naissance. Passé ce délai, l'affiliation prend effet le lendemain de la réception de la demande ou à une date postérieure au choix du Membre participant.

En cas de mariage, PACS ou concubinage, sous réserve d'une déclaration dans les 3 mois, la date d'effet de l'ajout est le 1er jour suivant la réception de la demande.

S'agissant des autres ayants droit, sous réserve d'une déclaration dans les 3 mois, la date d'effet de l'ajout est le 1er jour suivant la réception de la demande.

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.

CHAPITRE II. RESILIATION

ARTICLE 8 - RESILIATION DE L'ADHESION

Le Code de la Mutualité prévoit différents motifs de résiliation de l'adhésion.

Ainsi, le membre participant peut mettre fin à l'adhésion au contrat souscrit selon différentes modalités, en fonction de la date d'adhésion, de la période de l'année ou de sa situation personnelle et/ou professionnelle.

ARTICLE 9 - RESILIATION

9.1. Modalités de résiliation de l'adhésion en cours par le Membre participant

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion adressé au membre participant par la Mutuelle et s'achève le 31 décembre de l'année d'adhésion, sous réserve du parfait encaissement de la première cotisation et se renouvelle ensuite, annuellement, au 1er janvier, par tacite reconduction dans le respect de la réglementation en vigueur.

L'adhésion prend fin, à l'initiative du membre participant :

- au 31 décembre de chaque année, à condition d'en informer la Mutuelle par lettre recommandée ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance de fin d'année,
- à tout moment, conformément à l'article L.221-10-2 du code de la mutualité relatif au droit à la résiliation infra-annuelle, à l'issue de la première année d'adhésion (12 mois).

Par ailleurs, la date limite d'exercice du droit à résiliation de l'adhésion est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste

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.

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.

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

L'adhésion au présent Règlement 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 suivants :

- Changement de profession ou perte d'emploi ;
- Changement de département de résidence ou de départ à l'étranger ;
- Changement de situation matrimoniale ;
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Il peut être mis fin à l'adhésion par le Membre participant ou la Mutuelle lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec une situation antérieure qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

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

La fin de l'adhésion ou sa résiliation ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un (1) mois après la réception de sa notification.

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.

9.3. 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 radiation, 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.

9.4. 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 9 ;
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions mentionnées au présent Règlement mutualiste ;
- En cas de décès du Membre participant. La radiation du Membre participant entraîne également la radiation de ses ayants droit.

TITRE III – Les garanties et les prestations

ARTICLE 10 – LES GARANTIES COUVERTES

Les garanties frais de santé du présent règlement mutualiste ont pour objet d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit inscrits, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période d'ouverture des droits à prestations en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les garanties accordées par la Mutuelle sont exprimées dans des tableaux récapitulatifs approuvés par le Conseil d'Administration de la Mutuelle du Rempart.

Ces tableaux décrivent les différentes gammes de garanties et prestations proposées par la Mutuelle du Rempart.

Les garanties sont solidaires et conformes aux 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, modifiées 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. Ces couvertures intègrent, depuis le 1er juillet 2006, des prestations de prévention faisant partie de la liste établie par les dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 (Journal Officiel du 18 juin 2006).

Sous réserve des exclusions de garanties visées à l'article 19 du présent Règlement, les garanties assurées par la Mutuelle s'appliquent dans le cadre des dépenses de santé pour les soins courants suivants et selon le niveau de couverture choisi par le Membre participant :

- Soins courants ;
- Hospitalisation (y compris centre de rééducation) ;
- Cures thermales agréées assurance maladie obligatoire (AMO) ;
- Maison de repos et de convalescence agréé assurance maladie obligatoire (AMO) et établissement psychiatrique ;
- Dentaire ;
- Optique ;
- Aides auditives ;
- Bien-être ;
- Prévention ;
- Prestations complémentaires.

Les taux de remboursement et forfaits attribués par la Mutuelle sont définis dans les grilles de prestations annexées au présent Règlement (Annexe 1).

L'attention du Membre participant et de ses Ayants droit est attirée sur le fait que les garanties et les prestations peuvent être appelées à évoluer au cours des années à venir pour tenir compte des modifications apportées, le cas échéant, par des dispositions légales et réglementaires.

ARTICLE 11 – TABLEAU DES PRESTATIONS

Le détail de chacune des garanties est décrit dans le présent règlement mutualiste en annexe I.

ARTICLE 12 – OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de l'acte médical portée sur le décompte du régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Sont pris en charge 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.

Les ayants droit inscrits simultanément au membre participant se voient appliquer les mêmes règles d'ouverture de droit aux prestations que celui-ci.

ARTICLE 13 – PRESTATIONS PRISES EN CHARGES

13.1 - Remboursement des prestations, procédure et documents exigés

Le remboursement des prestations est exprimé soit en pourcentage du Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale, soit en pourcentage du forfait en vigueur fixé par la Sécurité sociale et/ou en montants forfaitaires. Les montants remboursés peuvent faire l'objet d'une revalorisation décidée par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Lorsque la Sécurité sociale rembourse les actes médicaux sur la base de son tarif d'autorité du fait d'une absence de conventionnement des médecins qui les ont pratiqués, le remboursement complémentaire versé par la Mutuelle sera égal à celui qu'elle aurait versé si les soins avaient été pratiqués en secteur conventionné.

La mutuelle peut demander à qui de droit, antérieurement ou postérieurement au paiement d'une prestation, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout renseignement permettant d'apprécier la réalité des déclarations effectuées ou des dépenses qu'elle aurait engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de satisfaire aux demandes de contrôle de la mutuelle, ou lorsqu'il résulte de ce contrôle que les déclarations ou les dépenses engagées sont frauduleuses, la mutuelle ne prendra pas en charge les prestations.

13.2 - Demande de devis

Avant la réalisation de leurs soins et afin de connaître le montant des prestations auquel ils peuvent prétendre, il est conseillé aux bénéficiaires d'adresser à la Mutuelle le ou les devis émis par les professionnels de santé que ce soit notamment en matière d'optique, d'audioprothèse ou de soins prothétiques dentaires.

Chaque devis fera l'objet d'une réponse de la part de la Mutuelle informant les bénéficiaires du remboursement effectué par le régime complémentaire. La Mutuelle contrôlera que le professionnel de santé n'a pas dépassé les Prix Limites de Vente ou les Honoraires Limites de Facturation.

Par ailleurs, le Membre participant et, le cas échéant, ses Ayants droit ont la possibilité, s'ils le souhaitent, en présentant leur carte d'adhérent, d'être dispensé de l'avance des frais auprès de certains professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant, selon les modalités définies à l'article 5.3 du Règlement.

13.3 - Hospitalisation (y compris centre de rééducation)

Lorsqu'une intervention chirurgicale est prise en charge par la Mutuelle, ses remboursements portent sur les soins visés ci-après.

13.3.1 - Hospitalisation

Cette garantie s'applique, selon le niveau de couverture choisi par le Membre participant, dans le cadre d'une hospitalisation dans un Établissement public ou privé reconnu par la Sécurité sociale. Dans le cas où, usant de son « libre choix », un Membre participant demanderait à être hospitalisé dans un établissement appliquant des tarifs supérieurs ou différents du tarif de convention du Centre de Sécurité sociale dont il dépend, le Membre participant devra alors s'acquitter directement auprès de l'établissement concerné de la différence de tarif.

Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, la Mutuelle prend en charge :

- L'intégralité du ticket modérateur (TM) pour les frais de séjour en établissement conventionné ou non, incluant les frais de salle d'opération ;
- Au-delà du ticket modérateur, conformément à la couverture choisie, pour les honoraires des spécialistes, chirurgiens, anesthésistes et actes techniques médicaux (ATM) ;
- L'intégralité du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

Les journées d'hospitalisation médicale et les forfaits hospitalisation sont pris en compte exclusivement pour les établissements de santé, notamment dans un centre de rééducation fonctionnelle, un établissement psychiatrique dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif, une maison d'enfants à caractère sanitaire (centre héliosolaire, aérium, colonie sanitaire).

La Mutuelle prend en charge les actes de fécondation in vitro prescrits médicalement dans la limite du ticket modérateur. Pour certaines garanties souscrites, en cas de dépassement d'honoraires, la Mutuelle peut compléter son remboursement par un montant forfaitaire.

La Mutuelle rembourse les interruptions volontaires de grossesse dans la limite du ticket modérateur.

13.3.2 - Chambre particulière

En fonction de la garantie à laquelle adhère le Membre participant, la Mutuelle prend en charge le coût de la chambre particulière pour un montant journalier et pour une durée d'hospitalisation maximale fixés dans la grille de prestations. Il en est de même en cas d'hospitalisation de jour en ambulatoire.

13.4 – Soins courants

Les soins courants pris en charge par la Mutuelle sont mentionnés dans la grille de prestations pour la garantie choisie par le Membre participant.

13.4.1 - Honoraires médicaux et paramédicaux

Conformément aux dispositions visant les contrats responsables, la Mutuelle prend en charge a minima le ticket modérateur (TM) pour les consultations et visites ainsi que les actes techniques médicaux des médecins généralistes, spécialistes et psychiatres.

En fonction du niveau de garantie choisi par le Membre participant, la Mutuelle peut prendre en charge les dépassements d'honoraires des médecins. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est différenciée selon que le médecin adhère ou pas à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM), au titre de l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Si le médecin n'est pas adhérent au DPTAM, la prise en charge des dépassements est plafonnée et soumise aux limites prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale. En revanche, la consultation effectuée auprès d'un médecin adhérent au DPTAM, permet une prise en charge améliorée du coût des actes et consultations sous réserve que le choix du niveau de garanties prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires.

La liste des médecins adhérents à un DPTAM est consultable sur le site www.ameli-direct.ameli.fr.

13.4.2 - Autres soins courants

Conformément aux dispositions visant les contrats responsables, la Mutuelle prend en charge a minima le ticket modérateur (TM) pour les soins suivants :

- Les analyses et examens de laboratoires ;
- Les médicaments ;
- L'imagerie et la radiologie ;
- Les frais d'orthopédie ;
- Les frais de transport ;
- Le matériel médical inscrit sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) ;

13.4.3 - Dentaire

Cette garantie couvre l'ensemble des prestations dentaires mentionnées dans la grille de prestations indiquant son niveau de prise en charge, sous réserve du respect des conditions fixées dans le présent Règlement.

Dans le cadre de la réforme du 100% santé et de l'entente directe entre les chirurgiens-dentistes libéraux avec l'assurance maladie fixée dans la Convention du 21 juin 2018, trois (3) paniers de soins sont définis :

- **Le panier 100 % santé** : pour les soins et prothèses fixes (couronnes et bridges en fonction de leur lieu d'implantation définis règlementairement) et amovibles (dentiers en résine), les frais engagés dans la limite des Honoraires Limite de Facturation (HLF) fixés par les textes relatifs aux contrats responsables, sont pris en charge intégralement par la Sécurité sociale et par la Mutuelle. En conséquence, une fois le remboursement effectué par le Régime Obligatoire puis par la Mutuelle, aucun reste à charge ne doit être supporté par le Bénéficiaire des soins.
- **Le panier aux tarifs maîtrisés** : le remboursement se fera dans la limite des Honoraires Limites de Facturation et conformément au niveau de garanties souscrit. Dans ce cas, un reste à charge pourra être supporté par le Bénéficiaire des soins.
- **Le panier aux tarifs libres** : il permet au Membre participant et, le cas échéant, à ses Ayants droit, de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, le chirurgien-dentiste n'étant alors plus tenu de respecter les Honoraires Limites de Facturation. Le remboursement se fera alors conformément au niveau de garantie souscrit et un reste à charge pourra être supporté par le Bénéficiaire des soins.

La Mutuelle rembourse les prothèses dentaires, l'orthodontie, les inlays et onlays, les implants dentaires et la parodontologie selon la garantie souscrite et, le cas échéant, l'application de délai d'attente, ainsi que selon la codification des actes en vigueur CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

La parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale, est également prise en charge sous la forme d'un forfait annuel.

Sont assimilées aux prothèses dentaires :

- Les prothèses sur implants ;
- Les réparations de prothèses ;
- Les prothèses provisoires ;
- Les inlay core.

Le remboursement par la Mutuelle de tout ou partie des prothèses dentaires non prises en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale est subordonnée à la présentation, avant exécution des travaux, d'un devis du chirurgien-dentiste. Ce devis devra préciser la nature exacte des travaux à effectuer et le prix à facturer pour chaque élément et pourra être soumis à l'avis d'un dentiste conseil de la Mutuelle.

Par ailleurs, la Mutuelle peut soumettre les demandes de remboursement à l'avis d'un dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins, ce contrôle pouvant entraîner un refus de remboursement par la Mutuelle.

De même, la participation sur tout ou partie des travaux dentaires pris en charge et remboursés par le Régime obligatoire de Sécurité sociale ne sera acquise que sur présentation d'un devis, conforme au devis conventionnel en vigueur.

13.5 - Optique

La Mutuelle rembourse les frais d'optique au-delà du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale dans les règles et plafonds définis dans le cadre des contrats responsables. Le remboursement de la Mutuelle complète celui de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses engagées. Les forfaits s'entendent ticket modérateur inclus.

13.5.1 - Monture et verres

La prise en charge de l'équipement d'optique par la Mutuelle est fonction de la classe à laquelle appartient l'équipement (classe A ou classe B).

Les équipements de Classe A, comprenant la monture et les verres, entrant dans le cadre du « panier 100 % santé » sont intégralement remboursés à hauteur des Prix Limites de Vente (PLV). La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les équipements de classe B, comprenant la monture et les verres, bénéficient d'une prise en charge dans la limite des textes liés aux contrats responsables et du niveau de garantie souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par le bénéficiaire de la prestation.

Le montant forfaitaire de remboursement du prix de la monture relevant de la classe B est fixé dans la grille de prestations choisie par le Membre participant. Il ne peut excéder cent (100) €.

Les montants de remboursement des verres varient selon la correction :

- ✓ Correction simple,
- ✓ Correction complexe,
- ✓ Correction très complexe.

Un équipement est dit « mixte » lorsqu'il est composé :

- D'un (1) verre simple et d'un (1) verre complexe ;
- D'un (1) verre simple et d'un (1) verre très complexe ;
- D'un (1) verre complexe et d'un (1) verre très complexe.

Le Membre participant pourra choisir un équipement qui peut être composé de deux (2) verres et d'une (1) monture n'appartenant pas à la même Classe (A ou B). Dans cette hypothèse, la composante de Classe B sera remboursée conformément au niveau de garanties souscrit, déduction faite du remboursement de la composante de Classe A.

Correction visuelle	Définition des verres
CORRECTION SIMPLE	- Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries - Equipement à 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 - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
CORRECTION COMPLEXE	- Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries - Equipement à 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 - Equipement à 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 - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
CORRECTION TRÈS COMPLEXE	- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries - Equipement à 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 - Equipement à 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 - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

13.5.2 - Renouvellement de l'équipement optique

Les garanties de la Mutuelle s'appliquent au renouvellement de la prise en charge des frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux (2) verres et d'une (1) monture ou d'éléments séparés dans les conditions suivantes :

- **Pour les bénéficiaires à partir de l'âge de seize (16) ans**, par période de vingt-quatre (24) mois à compter de la date d'acquisition du précédent équipement. Si l'acquisition de la monture et des verres se fait de manière distincte, l'appréciation du délai de deux (2) ans s'effectue à compter de la date d'acquisition du dernier élément.

Ce délai est ramené à un (1) an en cas d'évolution de la vue justifiée soit par la production d'une nouvelle prescription médicale, soit par l'adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique.

Dans ce cadre, le forfait est reconstitué dans son intégralité et est reconduit pour une période de vingt-quatre (24) mois.

Le délai est également ramené à un (1) an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires suite à une évolution de la vue, dans les limites suivantes :

- Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
 - Variation d'au moins 0.5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0.25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
 - Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0.5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
 - Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1.00 dioptrie ;
 - Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1.25 à 4.00 dioptries ;
 - Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4.00 dioptries.
 - Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres complexes ou très complexes (progressifs ou multifocaux), la garantie du présent Règlement couvre une prise en charge de deux (2) équipements sur une période adaptée au cas du bénéficiaire concerné, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.
 - La prise en charge de deux (2) équipements doit faire l'objet d'une mention expresse sur l'ordonnance du prescripteur.
 - La règle de couverture est alors applicable à chacun des équipements considérés individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement, etc.).
- **Pour les bénéficiaires de plus de six (6) ans et moins de seize (16) ans**, par période d'un (1) an à compter du dernier remboursement d'un équipement. Toutefois, en cas de renouvellement de l'équipement dû à une évolution de la vue et justifiée par une nouvelle prescription médicale, le renouvellement peut s'effectuer sans délai.
- **Pour les bénéficiaires jusqu'à six (6) ans**, au terme d'une période minimale de six (6) mois uniquement en cas d'inadaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an reste applicable.
- **Quel que soit l'âge du bénéficiaire**, aucun délai de renouvellement minimal n'est appliqué en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières listées à l'arrêté du 3 décembre 2018 (publié au Journal Officiel du 13 décembre 2018) portant modification des modalités de prise en charge d'équipement d'optique médicale et justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La Mutuelle peut réclamer à tout moment la facture acquittée par le bénéficiaire des prestations.

Le délai de vingt-quatre (24) mois pour la prise en charge du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux (2) verres et d'une (1) monture s'apprécie à compter de la date de facturation du précédent équipement optique (monture + verres).

L'acquisition de la monture et des verres peut se faire de manière distincte, mais demeure inscrite dans le cadre du forfait biennal initialement octroyé. Cette période est ramenée à douze (12) mois en cas d'évolution de la vue.

Dans ce cadre, le forfait est reconstitué dans son intégralité et est reconduit pour une période de vingt-quatre (24) mois. Pour les mineurs de moins de seize (16) ans, la période est ramenée à douze (12) mois.

Lorsque le bénéficiaire demande un remboursement en deux temps (distinct pour la monture et les verres), le délai légal s'applique à compter de la date d'acquisition du dernier élément composant l'équipement complet.

Par dérogation aux règles exposées ci-dessus des conditions de renouvellement anticipé peuvent intervenir dans les situations suivantes :

En cas de bris de l'équipement optique, l'équipement complet peut être pris en charge au terme d'une période minimale de six (6) mois après le dernier remboursement si le bénéficiaire justifie médicalement :

- D'un trouble neurologique grave avec atteinte de la motricité fine,
- Ou d'une déficience intellectuelle sévère.

Lorsqu'un assuré a eu l'autorisation d'avoir deux (2) équipements (vision de loin et vision de près), les conditions de renouvellement s'appliquent séparément à chacun des équipements.

L'âge du bénéficiaire est celui atteint au 1er janvier de l'année considérée pour l'acquisition de l'équipement.

13.5.3 - Lentilles

Selon la formule souscrite, la Mutuelle peut accorder un forfait annuel dans les conditions suivantes :

- Pour les lentilles acceptées par la Sécurité sociale, ce forfait inclus le ticket modérateur (TM) ;
- Pour les lentilles refusées par la Sécurité sociale et prescrites par un ophtalmologiste, la prise en charge (ou le paiement des prestations) ne pourra être effectuée que sur présentation d'un devis ou d'une facture acquittée de l'opticien accompagnée d'une ordonnance.

13.5.4 - Traitement de la myopie au laser ou de toute autre chirurgie réfractive au laser

En fonction de la grille de prestations choisie par le Membre participant, la Mutuelle prend en charge un forfait annuel par œil, dont le montant est indiqué dans la grille de prestations.

13.6 - Aides auditives

La prestation s'entend par oreille appareillée. Elle est remboursée sur la base d'un pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie et, le cas échéant, d'un forfait en euros, conformément au niveau de garanties souscrit.

13.6.1 - Niveau de prise en charge

Dans le cadre de la réforme du 100 % Santé, les conditions de prise en charge d'un dispositif d'aide auditive sont fonction de la Classe dont relève l'aide auditive, à savoir à la Classe I ou la Classe II.

Au titre de la Classe I : les aides auditives appartenant à la Classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée par le régime obligatoire. Ainsi, sous réserve du respect des Prix Limites de Ventes par le professionnel de santé, fixés par les textes relatifs au contrat responsable, une fois le remboursement effectué par le Régime Obligatoire puis par la Mutuelle aucun reste à charge ne devra être supporté par le Bénéficiaire.

Au titre de la Classe II : les aides auditives appartenant à la Classe II ne sont pas soumises aux prix limites de vente. La prise en charge par la Mutuelle intervient conformément au niveau de garanties souscrit et dans la limite fixée par les textes relatifs au contrat responsable, soit mille-sept-cents (1 700) euros par aide auditive et par Bénéficiaire, sous déduction du remboursement effectué par le Régime Obligatoire. Sur ce point, la base de remboursement du Régime Obligatoire, par oreille appareillée, est fonction de l'âge du Bénéficiaire, selon qu'il soit âgé de vingt (20) ans et moins ou de plus de vingt (20) ans, son intervention étant plus élevée dans le premier cas.

Pour les personnes atteintes de cécité (acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction) et de déficience auditive, la base de remboursement applicable, et ce, quel que soit l'âge du bénéficiaire, retenue par le Régime obligatoire et celle concernant assurés sociaux de 20 ans et moins.

L'appareillage d'aides auditives relevant de la Classe II peut faire supporter un reste à charge au Bénéficiaire.

Le plafond de mille-sept-cents (1 700) euros n'inclut cependant pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le Ticket Modérateur des consommables, des piles ou des accessoires, conformément à l'article 25.7.3 du présent Règlement.

13.6.2 - Conditions de prise en charge et de renouvellement depuis le 1^{er} janvier 2021

A compter du 1er janvier 2021, les prestations d'aides auditives sont limitées à une (1) aide auditive tous les quatre (4) ans par Bénéficiaire. Cette période s'apprécie à partir de la dernière facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, à l'issue de sa période d'essai. L'acquisition s'entend comme la date de paiement de l'aide auditive à l'issue, le cas échéant, de sa période d'essai.

Ce délai de renouvellement court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

13.6.3 - Accessoires et consommables pour aides auditives

La Mutuelle prend en charge à hauteur du ticket modérateur le remboursement des accessoires, consommables et piles, remboursés par la Sécurité sociale pour les aides auditives.

La Mutuelle verse éventuellement en fonction des garanties un forfait annuel dont le montant est défini dans la grille de prestations choisie par le Membre participant.

13.7 - Frais de cure thermique

La Mutuelle prend en charge les cures thermales effectuées à l'hôpital, celles-ci étant assimilées à des hospitalisations médicales.

En fonction de la garantie choisie par le Membre participant, pour les cures comprenant un hébergement en hôtel ou en pension de famille, la Mutuelle prend en charge un forfait annuel, dont le montant est indiqué dans la grille de prestations.

Ce forfait inclut les frais de surveillance médicale et les frais d'hébergement et de transport, sous réserve pour le bénéficiaire d'avoir obtenu un accord de prise en charge par le centre de Sécurité sociale dont il dépend. Le versement du forfait s'effectue sur présentation des justificatifs des dépenses exposées.

ARTICLE 14 - DISPOSITIONS PARTICULIERES D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

14.1 - Prime de naissance

Selon la formule souscrite, elle correspond à un forfait attribué par enfant né vivant et viable ou adopté et par formule souscrite dans la limite de deux par adhésion et par an. Pour bénéficier de la prime de naissance il convient que le Membre participant inscrive l'enfant en qualité d'ayant droit sur son contrat, dans un délai maximum de trois mois après la naissance de l'enfant.

Il est à noter qu'une seule prime par naissance peut être perçue et ce peu importe que les parents soient inscrits séparément.

La prime de naissance est versée sur présentation de l'extrait de naissance du nouveau-né (ou photocopie du livret de famille justifiant de la filiation) ou le cas échéant sur présentation d'un justificatif de jugement provisoire d'adoption.

Le versement d'une participation aux frais sous forme de prime consécutive à une naissance ne peut s'effectuer que pour les seules naissances déclarées et enregistrées dans un pays de la Communauté Européenne.

Cette prestation est exclusivement versée pour les naissances survenues dans la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée.

14.2 - Prévention mutualiste

14.2.1 - Traitement anti-tabac

La Mutuelle prend en charge, par bénéficiaire, les traitements anti-tabac prescrits médicalement, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite d'un plafond annuel dont le montant est fonction du niveau de garantie choisi par le Membre participant.

14.2.2 - Vaccins

En fonction de la garantie souscrite, la Mutuelle peut prendre en charge, sous forme de forfait annuel par bénéficiaire, les vaccins y compris ceux relatifs aux voyages à l'étranger.

14.3 - Autres prestations

Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Diététique, Acupuncture, Ergothérapie et Psychothérapie.

Lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale, ces soins peuvent être remboursés indifféremment, dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire, en fonction du niveau de garantie choisi par le Membre participant.

Cette prestation est attribuée sur présentation d'une facture d'un praticien diplômé mentionnant la Fédération dont il relève et/ou le numéro FINES ou ADELI.

Seules seront remboursées les spécialités suivantes : Acupuncture, Ostéopathie, Chiropractie, Diététique, Etiopathie, Ergothérapie et Psychothérapie.

ARTICLE 15 – TARIF DE RESPONSABILITE

Le paiement des prestations est effectué sur la base et dans les limites des tarifs appliqués par la Sécurité sociale suivant les dispositions légales, réglementaires et conventionnelles. Les remboursements interviennent sur présentation des documents originaux (décomptes du Régime Obligatoire, factures et notes d'honoraires acquittées...) justifiant du montant des dépenses engagées.

La Mutuelle ne peut être tenue au versement des prestations lorsque les clauses ou tarifs de la réglementation ou des conventions susvisées n'ont pas été respectées.

Les Membres participants et, les échéant, ses Ayants droit, bénéficient, dans la limite des garanties souscrites, aux prestations complémentaires en fonction du pourcentage du tarif de convention de la Sécurité sociale, sur lesquelles ont été basés les taux de cotisation.

ARTICLE 16 – TICKET MODERATEUR

L'exonération du ticket modérateur libère la Mutuelle de sa participation complémentaire pour la maladie exonérante.

ARTICLE 17 – LIMITE DES REMBOURSEMENTS : PRINCIPE INDEMNITAIRE

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, 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 ses Ayants droit, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit. Ils sont exclusivement opérés par virement bancaire sur le compte du bénéficiaire.

Ainsi, la participation de la Mutuelle, ajoutée au remboursement de la Sécurité sociale, ne peut jamais excéder les frais engagés même en cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur. Tous les remboursements sont effectués dans la limite des frais réels engagés (frais de santé, forfaits, primes et allocations diverses).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, le Membre participant peut obtenir l'indemnisation de ses prestations en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 18 – 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 d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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.

Afin de permettre à la Mutuelle d'exercer son droit de subrogation, le Membre participant s'engage à lui déclarer dans les meilleurs délais, tout accident dont lui ou ses Ayants droit sont victimes.

ARTICLE 19 – LIMITE DE GARANTIE ET RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu à remboursement, les frais occasionnés par un accident ou une maladie, non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie du bénéficiaire, sauf stipulation particulière de la formule de garantie.

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés », défini à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux contrats responsables, les garanties régies par le présent Règlement ne prennent pas en charge :

- Les participations, forfaitaires ou non, et les franchises annuelles laissées à la charge du Membre participant en application de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'assurance maladie obligatoire sur les consultations, actes médicaux ou de biologie médicale ;
- La majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire, en l'absence de désignation de sa part, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin en cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- La modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;
- Les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés ;

- Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment 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.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 20 – CONTROLE MEDICAL

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 et ou de communiquer les documents demandés par le praticien conseil, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

La mutuelle peut demander à qui de droit, antérieurement ou postérieurement au paiement d'une prestation, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout renseignement permettant d'apprécier la réalité des déclarations effectuées ou des dépenses qu'elle aurait engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de satisfaire aux demandes de contrôle de la mutuelle, ou lorsqu'il résulte de ce contrôle que les déclarations ou les dépenses engagées sont frauduleuses, la mutuelle ne prendra pas en charge les prestations,

ARTICLE 21 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont payées exclusivement par virement.

Le montant des prestations versées donne lieu à un relevé dématérialisé consultable sur l'espace adhérent ou, à la demande du membre participant à un relevé transmis par courriel à chaque opération.

ARTICLE 22 – DISPOSITION SPECIFIQUE AUX PRESTATIONS VIE DECES, DEFINITION DE LA GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES

Lorsque la garantie prévue au présent règlement comprend une participation financière pour un remboursement forfaitaire des frais d'obsèques d'un bénéficiaire, celle-ci est limitée aux frais réellement supportés.

L'indemnisation des frais d'obsèques est une garantie présentant un caractère strictement annuel, les cotisations appelées au cours d'un exercice servant à couvrir les prestations dues au titre de ce même exercice.

Le Conseil d'administration devra s'exprimer chaque année sur la reconduction éventuelle pour une année de cette garantie, ainsi que sur son niveau.

Le montant de cette éventuelle participation est défini pour chacune des garanties visées à l'article 14 du présent règlement.

Le droit à prestation est ouvert à la date d'effet de l'adhésion selon les modalités fixées au présent règlement.

Le versement d'une participation aux frais sous forme de prime consécutive à un décès ne peut s'effectuer que pour les seuls décès déclarés et enregistrés dans un pays de la Communauté Européenne.

Cette prestation est exclusivement versée pour les décès survenus dans la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée.

La participation prévue s'applique aux enfants nés vivants viables et décédés, au sens de l'article 79-1 du Code civil. Le versement de la participation est subordonné à la production d'un acte de naissance et d'un acte de décès,

La participation prévue est versée à la personne physique ou morale ayant acquitté les frais d'obsèques du bénéficiaire sur présentation de la facture acquittée.

La cotisation afférente à cette participation est appelée concomitamment à celle prévue au titre IV.

Elle fait néanmoins l'objet d'une notification spécifique inscrite sur le descriptif de la garantie.

Le montant de cette cotisation est fixé annuellement par le Conseil d'administration de la mutuelle après consultation de la Mutuelle du REMPART.

TITRE IV – Les cotisations

ARTICLE 23 – PRINCIPES

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.

ARTICLE 24 – FIXATION ET ASSIETTE DES COTISATIONS

24.1 - Fixation des cotisations

Le barème des cotisations est fixé annuellement par le Conseil d'Administration après consultation de la Mutuelle du REMPART, mutuelle auprès de laquelle est substituée la Mutuelle CYBELE SOLIDARITE et figure en Annexe 2 du présent Règlement. Il s'applique à compter du 1er janvier de chaque année.

La cotisation du Membre participant est calculée en additionnant sa cotisation avec celle de ses éventuels Ayants droit. 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). Au-delà de deux enfants ayants droit, les cotisations de l'offre Santé des autres enfants ayants droit sont gratuites.

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. Il y a changement de cotisation dès lors que le bénéficiaire change de tranche d'âge.

Par ailleurs, selon les dispositions de l'Arrêté du 8 novembre 2011 (Journal Officiel du 10 novembre 2011) relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, une majoration de cotisation est appliquée pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de trente (30) ans depuis la date la plus récente entre la publication du décret et la date d'entrée dans la fonction publique ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie labellisée de même nature.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux (2) premières années d'ancienneté dans la fonction publique.

24.2 - Assiette des cotisations

L'assiette des cotisations est exprimée forfaitairement en euros.

ARTICLE 25 – MODALITES DE REGLEMENT 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 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 solde de la cotisation annuelle reste dû entièrement, sous réserve des dispositions de l'article 9.1.2 du présent Règlement.

Les cotisations doivent être acquittées :

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

En cas de décès d'un bénéficiaire, la cotisation perçue au titre de périodes mensuelles ultérieures au trimestre durant lequel l'événement s'est produit est remboursée

ARTICLE 26 - RESILIATION POUR NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément aux dispositions de l'article L 221-7 du Code de la mutualité, dans le cadre des opérations individuelles, à, le membre participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit de la mutuelle de poursuivre l'exécution de son engagement contractuel en justice, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente jours (30) après la mise en demeure effectuée par la mutuelle.

La mutuelle pourra résilier ses garanties dix (10) jours après l'expiration de délai de trente (30) jours, prévu au 1^{er} alinéa. Ceci entraîne la radiation du Membre participant et, le cas échéant de ses Ayants-droit.

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 cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Aucune prestation ne peut être servie pendant la période de suspension.

Le paiement de la cotisation ou fraction de celle-ci ayant donné lieu à cette mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée entre la mise en demeure et le paiement, rétablira le droit aux prestations pour l'ensemble de la période, sous réserve que ce paiement intervienne au plus tard six (6) mois après l'échéance ayant donné lieu à sa mise en demeure.

Le membre participant n'ayant pas acquitté sa cotisation ou la fraction de celle-ci ayant fait l'objet d'une mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée, verra sa garantie résiliée au plus tard six (6) mois après l'échéance ayant donné lieu à sa mise en demeure.

TITRE V – Dispositions diverses

ARTICLE 27 - SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la mutuelle est subrogée de plein droit, dans les droits et actions du bénéficiaire victime d'un accident, contre les tiers responsables, 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.

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 d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage à déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

ARTICLE 28 - PRESCRIPTION

28.1 - Modalités de la prescription

Toute action dérivant du présent règlement mutualiste se prescrit par deux (2) 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 garanti, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.

En cas de réalisation du risque, le délai ne court, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1^o du I de l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité, à savoir : les engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, versement de ou de naissance d'enfants, appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés ; le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

28.2 - Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, 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 avis de réception adressée par la Mutuelle au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Bénéficiaire à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont les suivantes :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
 - L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
 - Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie, etc. (article 2244 du Code civil)] ;
 - L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- Cependant l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

28.3 - Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

ARTICLE 29 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

29.1 - Définitions spécifiques

Dans le cadre des rapports régis par le présent Règlement mutualiste, la Mutuelle du Rempart, en qualité de responsable de traitement est amenée à traiter des données à caractère personnel (ci-après « Données à caractère personnel », « Données personnelles », ou « Données ») concernant les Membres participants et leurs ayants droit, ainsi que les adhérents potentiels de la Mutuelle (ci-après « Personnes concernées »).

A ce titre, la Mutuelle se conforme à la Règlementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel, en particulier au Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 dit « RGPD » et à la Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite « Loi Informatique et Libertés » (ci-après « Règlementation applicable ») afin d'assurer le respect du droit à la vie privée de ses Membres.

29.2 - Modalités de traitement des données à caractère personnel

Base légale des traitements

Les traitements opérés sur les données à caractère personnel des Membres participants et de leur ayants droits sont fondés sur :

- L'exécution des relations contractuelles et précontractuelles les liant à la Mutuelle (devis, étude des besoins, adhésion, contractualisation, prestations).
- Le respect d'obligations légales de la Mutuelle (lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, déclarations et prospections obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques).
- Le consentement des membres participants (prospection, offres commerciales).
- L'intérêt légitime du responsable de traitement (démarche qualité, contrôle interne...).

Finalités des traitements

La Mutuelle traite principalement les Données de ses Membres pour les finalités suivantes :

- Gestion des prospectus (étude des besoins, demandes de devis, demandes de rendez-vous...).
- Gestion des contrats (dossiers d'adhésion, relations adhérents, réclamations, contentieux, ...).
- Gestion des prestations (versements, vérifications, soldes, échanges avec les professionnels de santé...).
- Gestion des cotisations (appels à cotisations, prélèvements, versements, impayés, trop perçus, ...).
- Gestion de la représentation mutualiste.
- Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (obligation légale).

- Démarche qualité, contrôle interne, statistiques actuarielles.

Caractère obligatoire de la collecte

Toutes les données collectées sont obligatoires pour permettre la gestion des adhésions et des prestations, sauf celles spécifiquement identifiées comme facultatives. A ce titre, à défaut de communication de ces données, la Mutuelle ne sera pas en mesure de traiter les dossiers.

Données traitées

Outre les données collectées au sein du dossier d'adhésion, la mise en œuvre des prestations contractées peut nécessiter le traitement de catégories particulières de données, notamment :

- Numéro de sécurité sociale (NIR) ;
- Données relatives aux soins et à l'état de santé.

Destinataires des données

Sont seuls destinataires des données traitées :

- Les services internes de la Mutuelle du Rempart ;
- Les services habilités et le médecin conseil de la Mutuelle du Rempart ;

Peuvent également accéder aux données, dans la limite de leur besoin d'en connaître et pour les besoins des finalités de traitement susmentionnées :

- Les prestataires de la Mutuelle : éditeurs des logiciels, hébergeurs des données, prestataires d'archivage, ...
- Les partenaires de la Mutuelle : organismes de tiers payant, partenaires de prévoyance, de réassurance, ...

Dans ce cas, les relations entre la Mutuelle et ses prestataires et partenaires emportant l'accès à des données personnelles sont régies par des documents contractuels assurant la confidentialité et la sécurité des données, conformément à la Règlementation applicable.

Outre les cas ci-dessus, les organismes publics et autorités administratives ou judiciaires, en leur qualité de tiers autorisés, sont susceptibles d'obtenir communication des données à caractère personnel traitées sur le fondement de textes législatifs ou réglementaires, notamment l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

En tout état de cause, la Mutuelle s'engage à ne pas céder les données personnelles à des tiers qui auraient pour activité ou finalité l'acquisition de nouveaux prospects en vue d'envoi de prospections commerciales.

Durées de conservation

Les Données traitées sont conservées pour une durée limitée aux besoins de l'accomplissement des finalités de traitement, ou pour la durée de la relation contractuelle, sans préjudice des délais d'archivage fondés sur une obligation légale et/ou sur les durées de prescription en vigueur.

29.3 - Sécurité des données à caractère personnel

La Mutuelle prend toutes les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin d'assurer la sécurité des données personnelles de ses Membres.

29.4 - Droits des personnes concernées

Conformément à la Règlementation applicable, les Personnes concernées disposent de droits sur leurs données à caractère personnel.

Elles disposent notamment des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité (lorsqu'il s'applique) sur leurs données, ainsi que de retrait du consentement, de limitation et d'opposition au traitement de leurs données à caractère personnel et peuvent également définir des directives relatives au sort de leurs données dans l'hypothèse de leur décès.

L'ensemble de ces droits peut être exercé auprès du délégué à la protection des données de la Mutuelle,

- par courrier électronique : dpo@rempartmutuelle.fr
- par courrier à l'adresse : DPO /Cabinet Lexagone- 9 rue Léon Salembien – 59200 TOURCOING

De plus, si les personnes concernées ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, elles peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL via le site www.bloctel.gouv.fr.

De même, dans le cas particulier des traitements mis en œuvre pour satisfaire aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, conformément à l'article L. 561-45 du Code Monétaire et Financier le droit d'accès s'exerce de manière indirecte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

ARTICLE 30 - MODIFICATION DU PRESENT REGLEMENT

Conformément aux statuts de la Mutuelle, les évolutions du présent règlement, qu'il s'agisse des règles de gestion et des évolutions de montants et taux des cotisations et des prestations, relèvent de la compétence du Conseil d'administration qui a reçu délégation de l'Assemblée Générale conformément à l'article L 114-11 du Code de la mutualité. Celui-ci rend compte devant l'Assemblée générale des décisions prises.

Les modifications sont portées à la connaissance des membres participants et sont applicables dès qu'elles leur ont été notifiées. Cette notification pourra être effectuée par une insertion dans les lettres d'information adressées aux membres participants, par courrier simple ou courrier électronique, ou par tout autre moyen de communication, notamment par le biais de tout support durable autorisé par le Code de la mutualité.

Selon les dispositions de l'article L 221-6-4 du Code de la Mutualité, constitue un support durable, tout instrument permettant au membre participant ou à la Mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Quand la Mutuelle met à la disposition du membre participant des documents sur support durable autre que du papier, ceux-ci seront dématérialisés et consultables sur l'espace adhérent de la Mutuelle (via le site Internet de la Mutuelle).

Dans ce cas, à la mise en ligne d'un nouveau document, une information est adressée au membre participant : soit par courrier électronique à l'adresse de messagerie électronique, soit par SMS au numéro de téléphone mobile, portés à la connaissance de la Mutuelle.

ARTICLE 31 - ADHESION A DISTANCE

La Mutuelle peut proposer d'adhérer au Règlement de façon dématérialisée. A cet effet, le Membre participant devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de la Mutuelle

La signature électronique est un procédé permettant de donner à un document sur support électronique la même valeur juridique que celle d'un écrit sur support papier.

Elle peut être proposée par la Mutuelle pour la signature d'une adhésion en face à face, à distance ou en ligne dans les conditions prévues par l'article L 221-6-7 du Code de la mutualité.

Après avoir pris connaissance des conditions générales d'utilisation, la personne désireuse d'adhérer s'engage à en respecter les dispositions.

La signature électronique assure l'identification du signataire et permet également de garantir l'authenticité et l'intégrité de l'ensemble des informations fournies au membre participant dont les documents contractuels transmis sur support durable à l'adresse e-mail ou sur son espace personnel.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-6-5 du Code de la mutualité, le membre participant a le droit de s'opposer à l'utilisation du support numérique dès l'adhésion ou à n'importe quel moment. Il peut demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de l'adhésion.

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

ARTICLE 32 – LOI APPLICABLE

En toutes hypothèses et notamment si le risque est situé hors de France et/ou si le lieu de résidence du membre participant est situé hors de France, la loi applicable aux relations précontractuelles avec le membre participant ainsi qu'à son adhésion au présent règlement mutualiste notamment pour son interprétation ou son exécution, sera la loi française.

ARTICLE 33 – LANGUE UTILISEE

L'adhésion emporte convention d'usage de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

ARTICLE 34 – FONDS DE GARANTIES

Le membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie destinés à préserver les droits des membres participants et des bénéficiaires contre la défaillance des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du Code la mutualité, tel que défini aux articles L431-1 et suivants dudit Code.

ARTICLE 35 – RECLAMATION ET MEDIATION

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : client (particulier ou professionnel), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité du professionnel la fourniture d'un produit ou service qui ont été sollicités par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit.

Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation
Les coordonnées du Service réclamation de la Mutuelle sont les suivantes :

Mutuelle du Rempart - Service Réclamations -
1, rue d'Austerlitz - CS 27 261 - 31072 Toulouse Cedex 6 – Tél. 05 62 15 07 31

Les Membres participants ou leurs Ayants droit peuvent également s'adresser à leur interlocuteur habituel qui transmettra au service concerné.

Un accusé de réception est adressé au plus tard dans les dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation sauf si la réponse est apportée dans ce délai.

La Mutuelle traite les réclamations dans un délai de deux (2) mois.

En l'absence de réponse dans un délai de deux mois après l'envoi de la réclamation ou si l'auteur de la réclamation n'est pas satisfait de la réponse apportée, ce dernier a la possibilité de saisir Le Médiateur.

Service de médiation de la consommation - 39 Avenue Franklin D. Roosevelt - 75008 Paris
consommation@cmap.fr

Le médiateur peut être saisi dans un délai maximum d'un an à compter de la date d'envoi de la première réclamation écrite.

Le recours à la médiation est gratuit. Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être obtenues sur demande.

ARTICLE 36 – AUTORITE DE CONTROLE

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution dénommée ACPR, située 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 37 - DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents. Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux adhérents certaines informations complémentaires, telles :

- la justification de l'identité du souscripteur ou de la personne qui acquitte les cotisations, de l'adhérent ;
- la provenance des fonds versés à la mutuelle à titre de paiement des cotisations.
- celles nécessaires pour contrôler la destination finale des fonds versées par la mutuelle au titre du règlement des prestations.

A ce titre, une vigilance particulière doit être apportée sur les Personnes Politiquement Exposées (PPE). Cette vigilance consiste notamment pour la mutuelle à identifier de manière régulière qui au sein de ses adhérents est susceptibles d'être qualifiée comme PPE.

Conformément à l'article R. 561-18 du Code monétaire et financier, une PPE est définie comme :

I. – Le membre participant (...), qui est exposé à des risques particuliers en raison de ses fonctions, est une personne résidant dans un pays autre que la France et qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :

1° chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;

- 2° membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
- 3° membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- 4° membre d'une cour des comptes ;
- 5° dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- 6° ambassadeur ou chargé d'affaires ;
- 7° officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- 8° membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- 9° directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

II. – Sont considérées comme des personnes connues pour être des membres directs de la famille des personnes mentionnées au I :

- 1° le conjoint ou le concubin notoire ;
- 2° le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 3° les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 4° les ascendants au premier degré.

III. – Sont considérées comme des personnes étroitement associées aux personnes mentionnées au I :

- 1° les personnes physiques qui, conjointement avec la personne mentionnée au I, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger ;
- 2° les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la personne mentionnée au I ;
- 3° toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne mentionnée au I.

La Mutuelle 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 38 - DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

La Mutuelle 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.

La mutuelle peut demander à qui de droit, antérieurement ou postérieurement au paiement d'une prestation, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout renseignement permettant d'apprécier la réalité des déclarations effectuées ou des dépenses qu'elle aurait engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de satisfaire aux demandes de contrôle de la mutuelle, ou lorsqu'il résulte de ce contrôle que les déclarations ou les dépenses engagées sont frauduleuses, la mutuelle ne prendra pas en charge les prestations,

En cas de récupération de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire, à la suite d'un contrôle d'un professionnel de santé effectué après un remboursement, la mutuelle se réserve le droit de récupérer les prestations indûment versées.

ARTICLE 39 – Nullité de la garantie pour fausse déclaration

La Mutuelle se réserve le droit de radier ou d'exclure tout Membre participant qui aurait causé ou tenté de causer volontairement à la Mutuelle un préjudice dûment constaté selon les modalités définies par les Statuts.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fausse, d'omission ou de déclaration inexacte par le souscripteur, le Membre participant ou, le cas échéant, par ses Ayants droit, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le Membre participant peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la mutualité.

- En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la mutualité) ;

- Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le Membre participant (article L. 221-15 du Code de la mutualité).

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 à la date de découverte des faits frauduleux qu'elle sanctionne.

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

La radiation pour fraude engendre l'annulation de tous les avantages pécuniaires obtenus dans le cadre du contrat.

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

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de Tiers-Payant ou de tout autre document mentionnant ses droits aux prestations, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

TITRE VI – Gestion

L'adhérent doit adresser toutes les correspondances destinées à la mutuelle à l'adresse suivante :

Mutuelle du Rempart - 1, rue d'Austerlitz - CS 27 261 - 31072 Toulouse Cedex 6

➤ Obligation d'information annuelle à la charge de la Mutuelle.

Conformément à l'arrêté du 6 mai 2020, publié au Journal Officiel du 5 juin 2020, la Mutuelle informe le Membre participant, avant la prise d'effet de l'adhésion puis annuellement :

- du ratio entre le montant des prestations qu'elle verse pour l'ensemble des garanties complémentaires santé qu'elle couvre et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, brutes de réassurance.

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations afférentes à ces garanties représente la part des cotisations collectées, hors taxes, par la Mutuelle au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

- du ratio entre le montant total des frais de gestion pour l'ensemble des garanties complémentaires santé qu'elle couvre et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations afférentes à ces garanties représente la part des cotisations collectées, hors taxes, par la Mutuelle au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

La Mutuelle exprime ces deux informations sous la forme d'un pourcentage.

La Mutuelle communique également au Membre participant, dans les mêmes conditions que ci-dessus, la composition des frais de gestion qu'elle prélève sur le montant des cotisations.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées par la Mutuelle pour accomplir toutes les tâches lui incombant dans le respect des garanties contractuelles :

- Concevoir les contrats,
- Les commercialiser (frais relatifs au réseau commercial, au marketing, aux commissions des intermédiaires éventuels),
- Les souscrire (frais relatifs au recouvrement et l'encaissement des cotisations, à la gestion des résiliations, au suivi comptable et juridique),
- Les gérer (frais relatifs au remboursement des prestations, à la gestion du tiers payant, à l'information aux adhérents, à l'assistance, aux services annexes complémentaires).

Avant la prise d'effet de l'adhésion, ces informations sont remises au Membre participant avec la proposition d'assurance.

Elles sont actualisées annuellement lors de l'envoi de l'avis d'appel de cotisations.

TITRE VII – ACTION SOCIALE et SERVICES A LA PERSONNE

ARTICLE 40 – 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 41 – 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 *rempartmutuelle.fr*

